ANNO XXXVI Roma, 8 Luglio 1929 Num. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

L'angina pectoris.

(E. ROMBERG. *Münch. med. Wochenschrift*, 1929, n. 18 e 19).

Come è già stato segnalato da altri, la frequenza dell'A. p. è andata aumentando in questi ultimi anni. Nella sua pratica privata, l'A. ha veduto nei 25 mesi immediatamente precedenti il gennaio 1928, 100 malati di A. p., mentre per lo stesso periodo di tempo precedente il gennaio 1916, i malati non erano stati che 28. Nella prima Clinica medica di Monaco, in periodi quadriennali dal 1912 al 1916, si aveva un numero di anginosi da 20 a 46, mentre, nell'ultimo quadriennio, il numero è salito a 62. L'A. ha ricavato i dati della sua lezione, tenuta al Corso di perfezionamento a Norimberga, da 254 osservazioni personali.

SINTOMATOLOGIA.

Il principale sintomo accusato dai malati è il *dolore*, descritto ora come una leggera costrizione alla regione cardiaca, come una pressione dolorosa, come se una corazza stringesse sempre più il torace e, raramente, come la sensazione che il petto debba scoppiare, quasi che lo spazio non fosse più sufficiente a tener dentro gli organi che vi stanno. Così pure è varia l'intensità del dolore da quello leggero e facilmente sopportabile a quello talmente intenso che anche gli individui meno sensibili esprimono con la massima vivacità.

Generalmente il dolore è localizzato dietro alla parte inferiore dello sterno o alla sua metà, più raramente alla regione cardiaca propriamente detta, od in alto. Si irradia al braccio sinistro, specialmente al lato ulnare, fino al 4°-5° dito, più raramente al collo, alla mandibola, allo stomaco e qualche volta alle reni od ai testicoli. In qualche caso, il dolore non viene sentito al cuore, ma in uno dei punti di irradiazione e viene considerato allora come una nevralgia; talvolta, il dolore isolato allo stomaco è così violento, da far credere alla perforazione di un'ulcera gastrica.

Al dolore si accompagna la sensazione di costrizione che può andare fino all'angoscia mortale, alla sensazione che un tale stato non sia più compatibile con la vita.

Dolore e senso di costrizione sono indispensabili per ammettere un'A. p.; qualche volta, l'uno o l'altra possono essere poco spiccati o mancare, ma ciò accade di raro.

Caratteristica è pure l'insorgenza ad accessi improvvisi.

Segni fisici. Si ascolta talora un primo tono oscuro oppure un rumore; la frequenza è, di solito, aumentata, qualche volta però, diminuita per disturbi di conduzione. Negli accessi gravi, il polso può essere misero, ma in quelli leggeri non subisce modificazioni. Non sono frequenti nè le extrasistoli, nè l'aritmia perpetua, sebbene questa non escluda l'A. p. Abbastanza spesso, delle palpitazioni o l'aritmia perpetua e poi si stabilisce l'A. p.; più raramente, questa apre la scena e si stabiliscono poi i disturbi del ritmo. La pressione sanguigna si eleva, ma in qualche caso si può abbassare. L'influenza dell'A. p. sui vasi si estrinseca con i cambiamenti di colore del viso, che si fa pallido, con gli occhi infossati; negli stati leggeri, si ha un rossore transitorio del viso ed una sensazione di caldo. L'accesso può essere accompagnato da fenomeni vasocostrittori; sensazione di dito morto alla mano sinistra, vertigini, talora perdita di coscienza e, raramente, dei fugaci sintomi di focolaio. Può compartecipare anche la muscolatura dello stomaco e dell'intestino, che si rigonfiano; il cuore cambia allora posizione, il che ha fatto credere ad una dilatazione. Gli accessi possono terminare con una scarica di gas e talora con aumentato bisogno di scaricare feci od urine.

Talvolta, l'A. p. si accompagna a claudicazione intermittente, il che è importante dal punto di vista della patogenesi.

La durata varia da pochi secondi ad alcuni minuti. Alle volte gli accessi si susseguono in modo da dare uno *stato anginoso* che può durare ore o giorni.

La frequenza varia. Il primo, talvolta, può essere mortale; in alcuni malati si ripetono ogni giorno ed anche più volte al giorno degli accessi, in seguito a movimento, a freddo, a singhiozzo, ad influenze psichiche; particolarmente pericolosa è l'eccitazione sessuale; spesso, poi, si hanno senza causa apparente, in pieno sonno.

La comparsa dell'accesso interrompe ogni attività; anche la respirazione può rimanere sospesa; il malato non trova vantaggio in nessuna posizione e rimane immobile, trattenendo il respiro, con un'espressione angosciosa, che mette pena.

Per quanto riguarda l'età, fra i malati dell'A., ve ne erano 113 fra 50 e 59 anni, 63 fra 40 e 49, 62 fra 60 e 69, 12 fra 70 e 79, 2 fra 30 e 39 e 2 fra 20 e 29. La maggiore frequenza si ha nel sesso maschile. Non sembra che vi siano influenze professionali; molti (70) erano commercianti, 7 erano medici (altri autori ha trovato che 1/4 circa dei pazienti erano medici).

L'A. p. è per lo più connessa con malattia delle coronârie, 247 volte sui 254 casi dell'A.; in 157 casi, si trattava di sclerosi delle coronarie, in 90 di malattia delle coronarie di origine luetica. Analoghi sono i risultati delle 28 autopsie fatte sui 53 casi di morte; 8 casi di arteriosclerosi e 20 di lues. Questa è più frequente nei malati ospedalieri (71 volte arteriosclerosi e 76 lues) che in quelli privati (rispettivamente 86 e 14).

Soltanto in 3 casi, mancava l'affezione delle coronarie, ma si trattava di A. p. che era sintoma iniziale di pericardite. Essa può aversi anche nella miocardite acuta, specialmente difterica, raramente invece nel reumatismo poliarticolare ed eccezionalmente per altra eziologia.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

Dal punto di vista specialmente prognostico, è assai interessante la differenziazione dall'aortite luetica, che dà sintomi anginosi nei 3/4 dei casi. Il dolore ha sede più profonda, compare raramente di notte e nel riposo e spesso è meno forte; differenze però minime e non tali da fare una distinzione netta. Più importante è il fatto che il dolore dell'aortite luetica raramente viene ad accessi, ma, di solito, incomincia lievemente, aumenta d'intensità e permane più a lungo.

La maggiore confusione si fa con l'asma cardiaco o cerebrale. Si deve però tener presente che, nella vera A. p., manca la dispnea; la coesistenza di questa con il dolore caratteristico deve far pensare alla coesistenza di asma con l'A. p. Nell'asma cerebrale, si ha alta pressione e respiro frequente per condizioni vasocostrittive del centro respiratorio, con sibili bronchiali e, nei casi gravi, con edema polmonare.

Grandi difficoltà, invece, si incontrano nella differenziazione dell'A. p. organica da sensazioni puramente nervose in ogni forma di neuropatia, su base isterica o ciclotimica. L'intensità delle sensazioni o la frequenza degli accessi non offrono nulla di caratteristico. L'aspetto dei malati può trarre in inganno e così il polso piccolo. Del resto, anche l'A. p. organica può dare accessi del tutto lievi, senza fenomeni allarmanti. Nè bisogna dimenticare che spesso i neuropatici vanno soggetti ad A. p. organica, per cui si hanno delle forme miste, in cui è difficile sceverare i componenti organici da quelli psicogeni. Negli isterici, si hanno talora degli accessi puramente psicogeni, il che non toglie che si possano sviluppare anche delle malattie vasali. In un caso dell'A. erano stati osservati, 16 anni prima della morte, dei fenomeni nettamente isterici; 5 anni dopo, comparve elevata pressione, ma l'alterazione psicogena dominava la scena. Dopo altri 7 anni comparve l'A. p., di cui la natura rimase però dubbia, per tutto l'insieme del malato. Sotto influenze psichiche, gli accessi si sospesero per parecchi mesi e poi ricomparvero in forma indubbiamente organica dopo un'impressione psichica a tono triste e condussero a morte il malato in un mese con fatti di insufficienza cardiaca.

Molto cauti si deve andare nel giudicare un'A. p. puramente di origine tabagica; è certo che essa può verificarsi, ma molto raramente,

ed è bene mettere sull'avvertita tali malati che all'A. p. tabagica può seguire quella realmente organica.

L'abuso di caffè e di tè può dare sintomi che ricordano l'A. p., di cui però non è difficile riconoscere la vera natura.

Facile è anche la distinzione dal reumatismo dei muscoli intercostali; i malati si lamentano di un dolore a sinistra, per lo più sulla linea mammillare e di un senso di costrizione nella respirazione profonda; alla pressione, si risveglia lo stesso dolore; questo appare di solito al mattino e scompare nella giornata.

Raramente, si hanno difficoltà diagnostiche per i dolori localizzati alla regione gastrica, mentre si possono avere per la differenziazione dalla colica biliare, in cui però l'irradiazione del dolore ha luogo verso la spalla destra.

Difficile invece è la diagnosi con la sindrome gastro-cardiaca di Roemhelds, in cui il dolore è prevalente alla punta del cuore invece che dietro lo sterno. Le difficoltà aumentano quando il sollevamento del diaframma sposta il cuore, di cui sembra così aumentare l'area di ottusità e si ha un rumore sistolico all'aorta ed un rinforzo del 2° tono, nonchè, talora, anche lo spostamento dell'ottusità aortica a destra dello sterno e la pulsazione.

La ricerca ai raggi X fa sparire ogni dubbio; scarse e non sicure conclusioni possono invece aversi dal criterio *a juvantibus;* così, in un caso dell'A., di un uomo sulla cinquantina in cui gli accessi di A. p. erano cessati dopo la cura gastro-intestinale ed invece sei mesi dopo, un nuovo attacco ne determinò la morte.

Le alterazioni dell'aorta e del cuore possono appoggiare la diagnosi di angina coronarica. Così, per il rumore sistolico e l'accentuazione del 2° tono aortico, pur con pressione normale. L'A. ha trovato questi segni 24 volte su 86 con A. p. sclerotica e 5 su 14 casi di aortite luetica e, complessivamente, su tutti i casi di aortite nel 70 %. Fra gli 86 sclerotici, si trovò in 30 il solo rinforzo del 2° tono che, in 16, poteva anche attribuirsi all'ipertensione. Rare sono le irregolarità del polso. Nel 29 % dei malati privati, si aveva un reperto dell'aorta del tutto normale.

Anche l'esame radiologico, da farsi nel primo diametro obliquo, può essere negativo. Nei 167 malati così esaminati, l'aortite mostrò sempre alterazioni, mentre in 39 sclerotici con A. p., di cui molti vennero a morte, non si avevano alterazioni di sorta. Del resto, anche un reperto positivo non deve essere eccessivamente valutato.

In complesso, il reperto positivo, fisico e radiologico, può appoggiare l'idea di un'A. p. organica, ma quello negativo non può condurre a nessuna conclusione.

DECORSO E CONSEGUENZE.

La più temuta conseguenza dell'A. p. è la morte immediata durante o poco dopo l'accesso. L'A. p. è la causa prevalente della morte improvvisa nei cardiaci. Altra conseguenza e causa di morte è l'insufficienza cardiaca e così pure hanno importanza le malattie complicanti, specialmente i disturbi cerebrali e la polmonite.

Vi sono poi spesso dei casi in cui si ha una condizione stazionaria del cuore, con dilatazione, rumore mitralico sistolico e deviazione dell'aorta. Anche in questi, si può sviluppare l'insufficienza cardiaca secondaria, del tutto simile a quella primitiva.

PATOGENESI.

Fra le diverse teorie, primeggia quella stabilita per primo da Jenner, che spiega la patogenesi dell'A. p. con una malattia delle coronarie; si avrebbe in conseguenza la stenosi, da cui la comparsa di dolori e degli altri fenomeni quando, per i movimenti del corpo od eccitazioni psichiche, si ha una richiesta maggiore di sangue per il cuore. Con questa teoria puramente organica non tutti i fatti concordano; così accade, p. es., per l'influenza nettamente sfavorevole del tabacco; fra i 176 uomini con A. p. dell'A., ve ne erano 126 fumatori, di cui 47 forti fumatori (più di 25 sigarette o di 5 sigari al giorno), mentre fra gli altri individui visitati ambulatoriamente, non vi era più del 10 % di forti fumatori.

Vi deve quindi essere un fattore funzionale, che porta allo spasmo delle coronarie, analogo a quello che dà la claudicazione intermittente ed anche senza modificazioni anatomiche. Indubbiamente, esso può essere favorito dalle condizioni meccaniche consecutive a stenosi.

La concomitanza di malattia organica e di accessi vasocostrittori spiega anche in modo soddisfacente la comparsa ad accessi. Oltre al grado maggiore o minore dello spasmo, ha importanza la vastità del territorio che viene ad essere non irrorato di sangue e l'eventuale ricchezza di anastomosi. Sono noti i gravi disturbi conseguenti ad infarto cardiaco, che predilige la parte anteriore ed il setto interventricolare alla punta. Si deve pensare ad esso in presenza di uno stato anginoso e di sfregamenti pericarditici e modica febbre senza altra causa apparente. Se non si ha la morte per rottura del cuore, si può avere formazione di aneurisma cardiaco che viene tollerato per un certo tempo e porta poi ad insufficienza cardiaca, rottura del cuore od embolismo.

Basti accennare brevemente alla teoria aortica di Clifford Albutt, secondo cui la dilatazione dell'aorta determina l'A. p. eccitando il depressore. Il dolore dell'aortite luetica dimostra che anche nella parete aortica possono avere origine dei dolori. Ma il decorso dell'A. p., il suo quadro molteplice, la morte improvvisa non possono spiegarsi con tale teoria.

L'A. p. della pericardite essenziale e della miocardite acuta può spiegarsi con l'eccitazione dei nervi cardiaci sensibili e la sommazione degli stimoli; il decorso di questa rara forma è però del tutto differente da quella della vera A. p.

IL TRATTAMENTO.

Il medico non ha quasi mai occasione di trattare un accesso di A. p., ma tutt'al più lo stato anginoso. In tal caso, possono tentarsi i vasodilatatori, nitroglicerina, nitrito di sodio, nitrito d'amile, tetranitrato di eritrolo, ma essi per lo più sono inefficaci all'acme dell'accesso. Talvolta si deve ricorrere ai narcotici, fra i quali però ci si deve guardare dalla morfina, che può provocare il vomito ed aritmie nonchè disturbi di conduzione cardiaca. Essa è indispensabile nei morfinomani. Molto più raccomandabili sono la dionina (cg. 2-3), la narcofina (mg. 15-30) eventualmente con adalina, il luminal, ecc. Negli ipertonici, si ricorra essenzialmente all'eucodal (1-2 cg. sottocute). Se vi è debolezza cardiaca, si ricorra ai preparati di canfora e di caffeina; dei preparati di digitale e di strofanto, si può fare a meno.

Ad ogni malato si devono dare istruzioni per l'eventualità di nuovi accessi. L'A. dà la preferenza ai nitriti e, fra questi, alla nitroglicerina in soluzione alcoolica di 0,01/10; per lo più, bastano 10 gocce. L'inalazione di nitrito d'amile ha effetti più irregolari; l'iniezione di nitrito di sodio arriva troppo tardi; il tetranitrato di eritrolo agisce troppo lentamente. Alla nitroglicerina si possono associare compresse di teobromina (2 da cg. 15) o di caffeina.

Di grande importanza è la prevenzione degli accessi. Trattamento di un'eventuale insufficienza cardiaca; in mancanza di questa, prescrizione di teobromina con luminal (ana cg. 30) o di cadecol con papaverina, 3 volte al giorno prima dei pasti; talora, il luminal provoca orticaria, da ciò l'indicazione di somministrarlo soltanto per 5 giorni della settimana.

Anche altri medicamenti, fra cui la diuretina ed il tetranitrato di eritrolo (negli individui con pressione elevata, 5-30 mg., 3-5 volte al giorno) possono tentarsi. Nessun vantaggio ha la diatermia.

Importante, anche nei malati senza insufficienza, è la limitazione dell'attività, eventualmente prescrivendo il riposo in letto; il graduale movimento e la ripresa del lavoro si faranno dopo non meno di 8-14 giorni di riposo.

Qualche vantaggio si può avere con i bagni di acido carbonico o di ossigeno; da evitarsi è ogni sorta di ginnastica attiva, come pure il soggiorno ad altitudini superiori a 900-1000 m. ed in località ventose.

Si provvederà al trattamento generale, anzitutto a quello dei disturbi gastro-intestinali (anacidità, dispepsia fermentativa intestinale) curando la regolare evacuazione delle feci. Vanno curate l'obesità, la gotta, il diabete (non esclusa l'insulina), l'arteriosclerosi.

È indispensabile la completa astinenza dal tabacco, non fidandosi della sola limitazione o dell'uso di sigari decotinizzati.

Nell'aortite luetica è indicato il trattamento specifico dopo la cessazione degli accessi gravi. I migliori risultati si ottengono col neosalvarsan e solo in caso di intolleranza si ricorrerà al bismuto ed allo jodio. Indispensabile è, almeno sul principio, il riposo assoluto anche in letto. Nei malati trattati precocemente, si possono avere risultati brillanti, il che non toglie che in 5 dei malati dell'A. si sia avuta la morte, nell'accesso, dopo la terza iniezione.

Si è tentato anche il trattamento chirurgico dell'angina pectoris, con la resezione del simpatico al collo, del primo ganglio toracico, del N. depressore. Ma l'A. non è affatto favorevole a questi interventi, pensando, con Sauerbruch, al rischio connesso con la resezione o l'interruzione di tali importanti e vitali centri e connessioni nervose; oltre a ciò, si urta contro non lievi difficoltà tecniche, talvolta con l'impossibilità di trovare il N. depressore. Il dominio chirurgico appartiene tutt'al più alle malattie pericardiche croniche, specialmente alle neoformazioni, che d'altra parte sono molto rare.

L'angina pectoris presenta, in complesso, un quadro svariato e molteplice, che deve essere tutto considerato, se si vuole ottenere qualche successo nel trattamento.

FILIPPINI.

NOTE E CONTRIBUTI

Sul trattamento delle varici con le iniezioni sclerosanti.

Prof. Carlo Gamberini
Chirurgo primario
dello Spedale Maggiore di Bologna.

In due lezioni pratiche dimostrative tenute ai medici condotti della Provincia nel giugno u. s. nell'Ospedale Maggiore, ho fatto vedere soggetti resecati per ulcera g. e d. e soggetti guariti da varici agli arti inferiori col trattamento ambulatorio delle iniezioni sclerosanti. Dopo aver veduto tre anni fa a Parigi l'efficacia del metodo così semplice e pratico mi persuasi all'applicazione e, per quanto il metodo sia oramai molto diffuso, credo utile la pubblicazione per parte di ognuno dei risultati della propria esperienza, anche se limitata. Questa nota riguarda 17 soggetti così trattati e seguiti dopo tale trattamento. Il vantaggio del metodo è la sua semplicità e la sua esecuzione ambulatoria. E ne è conseguenza la facile applicabilità agli ammalati di tutte le condizioni, la eseguibilità per mano di qualsiasi persona che possieda, accanto a criterio e prudenza clinica, una tecnica corretta ma elementare, donde la generalizzazione del processo. Per questo ne ho fatto una dimostrazione ai medici condotti perchè essi fossero convinti a consigliarlo a tanti loro restii sofferenti, che si avviano così alle più moleste complicanze delle varici nella vecchiaia e anche perchè credo che essi, con le debite cautele, che io andrò esponendo, possano eseguirlo direttamente.

Tutti i trattamenti chirurgici o medico-chirurgici (che sono quelli nei quali alle iniezioni medicamentose flebosclerosanti si deve premettere un atto operatorio) trovano meno facile l'adesione del paziente o trovano ostacolo nella necessità della permanenza in letto dell'ammalato.

Il trattamento, che può chiamarsi medico, delle varici con le iniezioni puramente locali intravaricose è da tutti i pazienti accettato e quindi è destinato a entrare nella pratica comune. I metodi chirurgici o misti medico-chirurgici, trovano indicazione solo dopo l'insuccesso del metodo sclerosante più semplice. Il metodo si iniziò con la scoperta della siringa da iniezioni ipodermiche (1851). Sorse subito l'idea di immettere nelle vene varicose sostanze irritanti che procurassero il coalito delle pareti e la conseguente obliterazione. Ma alcuni inconvenienti dovuti a poca asepsi e alla scarsa valutazione del potere caustico dei medicamenti usati fecero abbandonare il metodo. J. A. Sicard lo ha di recente richiamato in onore e ormai sono ben definite le condizioni e le controindicazioni, sono state saggiate le qualità e le dosi dei medicamenti sodici più convenienti, ben definita la tecnica ed escluse con studi clinici e anatomo-patologici e colle osservazioni statistiche le complicanze (embolie, necrosi locali ecc.). Difatti è stato osservato anatomopatologicamente che l'obliterazione si ha per un processo di natura chimica circoscritto, limitato che interessa solo i vasi superficiali, ben diverso dal processo flebitico infettivo, senza limitazioni, che implica complicanze di embolia. Il processo secondario al trattamento chimico esclude assolutamente qualsiasi possibilità di embolia, perchè il fenomeno di obliterazione si compie per irritazione dell'endotelio venoso; a livello di esso si deposita la fibrina del sangue; l'aderenza del trombo all'endotelio è solidissima e rapida la sua organizzazione; per cui si spiega perchè mai non si osserva embolo (V. Melsen).

D'altra parte osservazioni radiografiche dello Jentzer (iniezioni endovaricose di soluzione di bromuro di stronzio) hanno dimostrato una corrente invertita nelle vene varicose, cosicchè eventuali formazioni emboliche non potrebbero danneggiare, perchè esse non sarebbero mobilizzate verso il centro, ma verso la corrente sanguigna inversa (Jentzer). Sicard con iniezioni endovenose di lipiodol ha osservato un ristagno del sangue nelle vene varicose superficiali senza alcuna tendenza a raggiungere il reticolo venoso profondo della gamba nella *posizione di riposo orizzontale* del paziente. Donde alcune cautele di tecnica che ricorderò in seguito.

In base a questi studi e a queste osservazioni il metodo rientra a buon diritto nella pratica comune.

***

Aggiungo per i pratici alcune osservazioni note sulle indicazioni e controindicazioni del metodo sclerosante. Come del resto in tutte le operazioni chirurgiche o miste sulle varici dal trattamento vanno escluse le varici secondarie a ostacolo della circolazione venosa profonda o per obliterazione (flebiti profonde) o per compressione (tumori utero-ovarici ecc.). Le varici rappresentano in questo caso un circolo collaterale suppletivo che la natura appresta a sussidio della circolazione profonda. Devono cioè essere curate soltanto le varici primitive delle safene interna (sbocco nella femorale) e esterna (sbocco nella poplitea) la cui circolazione è divenuta insufficiente o del tutto inetta al compito abituale di scaricare una parte del sangue superficiale. Facciamo un richiamo anatomo-fisiologico. Abitualmente il sangue venoso periferico in parte si scarica per le safene, in parte si scarica attra-

verso le vene profonde intramuscolari, aiutate dalle contrazioni dei muscoli che agiscono su di esse con ufficio di pompa aspirante e premente. Nelle vene ectasiche varicose superficiali le valvole divengono insufficienti, il sangue ristagna inerte e assume una circolazione reflua d'alto in basso; quindi queste vene anzichè aiutare la circolazione superficiale, gravano sulla profonda. Allo scarico di tutta la circolazione periferica deve provvedere nei limiti della sua possibilità solo il meccanismo d'aspirazione venosa intramuscolare comunicante tra le vene superficiali e profonde. Tale compito è aggravato dalle vene superficiali ectasiche per così detta lesione essenziale primitiva. Nell'etiologia dello stato varicoso delle vene, di questa ipotonia delle pareti venose entra la disposizione individuale, e, secondo le molte pubblicazioni recenti degli studiosi dell'argomento, la «diatesi varicosa» è una distrofia venosa influenzata da cause multiple tra cui specialmente l'artritismo e la disfunzione endocrina (ipofisi, ghiandole genitali). Data la predisposizione dei soggetti il manifestarsi della malattia è poi favorito dalle speciali condizioni che provocano l'aumento della pressione venosa (prolungata stazione eretta, sforzi, gravidanze ecc.). In attesa di poter prevenire etiologicamente la affezione con cura medica precisa o di poterla curare ai suoi inizi, resta ora l'indicazione precisa di sopprimere questi territori venosi ectasici a ristagno circolatorio incorreggibile e dannoso. In pratica l'indicazione di necessità è data dai disturbi e dalle lesioni concomitanti alle varici: così disturbi soggettivi, cioè molestie e dolori gravi per cui i malati reclamano l'intervento; i disturbi meccanici e la esposizione alle emorragie che ostacolano i lavoratori; disturbi distrofici degli arti e altre alterazioni gravi tardive, dermatosi, ulcerazioni croniche, elefantiasi ecc., fatti meno conosciuti dai pazienti, e che quindi maggiormente devono essere messi innanzi per parte del medico ai malati stessi. Si associano poi nelle donne anche indicazioni di estetica cui si può obbedire, perchè la lesione può veramente giustificare una correzione.

Oltre alle controindicazioni locali vi sono le controindicazioni generali rilevabili da un accurato esame medico. In base a questo, sono da escludere i cardiopazienti, i cardiorenali, i soggetti ipertesi e pletorici, quelli di età troppo avanzata. Si deve praticare l'esame delle urine per escludere albumina o zucchero. Queste cautele sono necessarie per evitare ogni accidente nel trattamento sclerosante e per non dovere imputare ad esso inconvenienti riferibili a mancanza di previsioni generali. Credo necessario insistere sulla controindicazione locale offerta dall'affezione antica o recente flebitica delle vene profonde e dall'esistenza di un'endoarterite obliterante. Nel primo caso il trattamento può risvegliare fatti infettivi latenti e in entrambi sopprimerebbe irrazionalmente una naturale circolazione collaterale di supplenza con risultati disastrosi. Invece la flebite superficiale a segmenti, spesso con manifestazione ricorrente, non presenta contraddizione assoluta: però bisogna attendere almeno un paio di mesi dopo che il processo si è spento. Così in un mio caso si è potuto intervenire con efficacia completa.

***

Dopo le cautele di cernita medica dirette a iniettare solo i varicosi con indicazione, sono da osservare alcune norme e cautele di tecnica. Il malato va tenuto in posizione seduta sul letto, sia allo scopo di poterlo subito far decombere se avesse fatti di lipotimia (da condizioni emotive), sia perchè la posizione orizzontale del paziente è poi sempre necessaria dopo fatta l'iniezione. La posizione iniziale orizzontale è migliore se la visibilità delle vene è egualmente sufficiente; si richiede maggiore abilità tecnica, ma per compenso nelle vene quasi vuote di sangue l'azione chimica è più efficace. È d'abitudine comune il garantirsi di essere penetrati con l'ago nel lume venoso con l'aspirazione di un po' di sangue. Ciò nonostante può capitare che spingendo poi lentamente il liquido il paziente accusa dolore e senso di scottatura, ciò che indica che parte della soluzione si versa nel tessuto sottocutaneo; quindi è necessario ritirare l'ago e pungere altrove. È bene si sappia che il versamento di piccole tracce di soluzione di salicilato di soda nei tessuti sottocutanei, come a noi e a tutti è capitato, non è così deleterio. Il fatto provoca un po' di dolore ben tollerabile, che si seda con qualche impacco: il processo irritativo perivenoso si risolve senz'altri inconvenienti. Finita la puntura si impedisce con la compressione con un batuffolo sterile la fuoriuscita del liquido nei tessuti molli, e si passa il malato, se era seduto, al decubito supino passivamente, senza che egli eserciti contrazioni dei muscoli della faccia posteriore delle gambe. E in tale posizione di inerzia il paziente deve restare almeno per 10 minuti dopo le iniezioni, perchè la posizione verticale e la contrazione dei muscoli della faccia posteriore della gamba facilitano la corrente sanguigna tra le vene superficiali e profonde attraverso le vene comunicanti (Delbet, Mocquot). Quindi si diffonde il medicamento su troppa estensione di vene e perciò con scarsa efficacia, e viene portato dove non è indicato. Abbiamo sempre saggiato con la prima iniezione la rea-

zione individuale del varicoso e solo dopo tre giorni si iniziano le sedute curative. Io mi attengo al metodo preciso di Sicard, come ho veduto applicare, perciò adopero la soluzione di salicilato di soda che è il medicamento ora preferito dai più, come il più benigno e completamente efficace (Bazelis). La soluzione dev'essere preparata in ampolle di vetro duro inattaccabile dal salicilato, il prodotto chimico dev'essere purissimo e le soluzioni devono restare assolutamente incolori, altrimenti vanno scartate.

Le soluzioni sono al 20-30-40 %. Pratico la prima iniezione di saggio di 2 cmc. al 20% soltanto. Le sedute sono praticate ogni tre giorni. L'azione di una puntura agisce sopra circa 7-8 cm. di vena ectasica; in genere 4-8-10-14-20 iniezioni complessivamente sono sufficienti anche per varici bilaterali. I primi soggetti, per prudenza e per desiderio di osservazione diretta, furono tenuti degenti in Ospedale: ora abitualmente il trattamento si esegue sugli ambulanti. Nel modo indicato in due o tre settimane di cura ambulatoria noi abbiamo ottenuto buoni risultati sui 17 casi finora trattati nella pratica ospitaliera e privata. In qualche caso, di grossi gozzi varicosi, il risultato è stato insufficiente. Non avendo avuto inconvenienti dalla soluzione di salicilato di soda, io non ho avuto finora ragione di sostituirlo col bijoduro di mercurio di recente preconizzato (Lacrois), il quale presenterebbe lo stesso potere irritante del salicilato senza la benchè minima azione dannosa sul tessuto sottocutaneo. Alcuni pazienti hanno avuto un leggero crampo immediato alla sede iniettata; in nessun caso si sono notati incidenti generali. Quasi tutti hanno avvertito subito la sensazione di benessere della minor pesantezza degli arti lesi; e, a fine cura, in tutti si nota la scomparsa del dolore, degli edemi, del senso di peso e degli altri disturbi da varici. Le forme che diedero il risultato più brillante furono i cordoni ben appariscenti, tortuosi, lineari, estesi su tutta la lunghezza dell'arto. Le forme a reticolo venoso sono meno dominabili o meglio solo più a lungo; per esse però possono essere usati aghi finissimi senza temere in essi la coagulazione del sangue per il potere anticoagulante del salicilato; periodicamente devono trattarsi vene di nuova apparizione. Grossi gozzi e laghi venosi sono a volte ribelli al trattamento.

Alle varici si sostituiscono cordoni duri che man mano si appiattiscono e in parecchi casi sono già scomparsi del tutto, residuando in alcuni la traccia di una striscia leggermente scura. Perciò nelle donne il metodo, oltre l'efficacia curativa, ha un doppio significato estetico, di sopprimere la deformità varicosa e di risparmiare le cicatrici più o meno estese che residuano ai metodi cruenti di estirpazione delle varici.

Ho osservato in due casi la cicatrizzazione di ulceri varicose ampie, dopo l'obliterazione di tutti i tronchi venosi ectasici periferici, fermandosi ad una certa distanza dai bordi dell'ulcerazione.

Non è da credere che il metodo possa risparmiare sempre il trattamento chirurgico. A questo rimane la sua indicazione nei casi ribelli al metodo più semplice delle iniezioni sclerosanti, che dovrà prima essere tentato. Queste forme ribelli sono in primo luogo alcuni grossi gozzi varicosi, poi in secondo ordine le forme di varicosità diffuse a tutto l'arto in cui l'obliterazione completa è difficile e la recidiva frequente. Io non posso al riguardo riferire sulla stabilità dei risultati. Gli autori parlano dell'1 %: nei miei casi non è ancora trascorso un periodo sufficiente dall'intervento. Perciò su questo riferirà a tempo il mio aiuto Dr. Enzo Forti, che ho incaricato specialmente di questa tecnica (per questo io ho spesso parlato in plurale) e in una memoria dettagliata corredata da fotografie e da rilievi anatomo-patologici e radiologici esporrà singolarmente gli esiti immediati e a distanza.

Riguardo all'estendere il trattamento alle emorroidi, io penso che esso possa essere di pratica semplice in qualche caso ben adatto, ma perciò di pratica assai limitata. Io non ho avuto ancora indicazione nè opportunità di usarlo.

BIBLIOGRAFIA.

Autori citati (dal 1920 ad oggi).

L. A. SICARD. *Le traitement des varices par les injections intravariqueuses de carbonate de soude.* Marseille Méd., 23-1-20.

H. ROGER. *Quelques mots d'historique à propos des injections intravariqueuses.* Ibid., 23-1-20.

SICARD, PARAF et LERMOYEZ. *Les injections intraveineuses de salicylate de soude.* Congrès de méd., nov. 1922.

P. DELBET et MOCQUOT. *Varices des membres inférieurs et traitement.* Revue de Paris chir., 1923.

R. BAZELIS. *Traitement des varices par les injections fléboscleros antes.* Thèse de Paris, 1924.

MONTPELLIER et LACROIS. *Fibrose curative des varices par le bijodure de mercure.* Presse Méd., mars 1924.

IENTZER. *Les injections flebosclerosantes de salicylate de soude (methode Sicard). Contribution anatomo-pathologique.* Congrès de chir., 1924.

V. MEISEN. *Lecture on Injection. Treatment of Varicose veins and their Sequelae (eczema and ulcus cruris), Clinically and Experimentally.* Acta chirurg. scandinava, 30-6-1926.

I. A. SICARD et L. GAUGIER. *Traitement de varices par la méthode sclérosante.* Masson, Paris, 1927.

E. FLYGARE. *Considérations sur les varices et leurs traitement.* Thèse de Paris, 1927.

MEISEN. *Injection Treatment of Varicose Veins and their Sequelae on basis of 500 Treated Cases.* Acta chirurg. scandin., 28-6-27.

Bologna, ottobre 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. Spirito - Sala Rasori - Roma.
Primario: Prof. L. FICACCI.

Di una rara complicazione del parto: la diastasi della sinfisi pubica

per il dott. RENATO LUSENA,
assistente degli Ospedali Riuniti di Roma.

La lacerazione dei tessuti molli perineali è frequente nel parto normale, sopratutto nelle primipare, ma anche nelle multipare, specialmente quando il feto è grosso o l'assistenza ostetrica è difettosa. Rare sono invece nel parto le lesioni del bacino e fra queste la diastasi (o rottura o lussazione o lacerazione) della sinfisi pubica.

La gravidanza produce rammollimento dei legamenti e delle articolazioni del bacino e questo non è senza importanza nel meccanismo del parto, durante il quale, per la maggiore mobilità tanto delle metà laterali del circuito pelvico attorno alle articolazioni sacroiliache quanto dell'articolazione sacrococcigea che rende facile la retropulsione della punta del coccige, si possono avere allargamenti dei diametri del bacino (Bumm). Importante è anche nell'espletamento del parto la mobilità dei due archi del pube, che, per il rammollimento suaccennato, si allontanano modicamente fra loro. Tutto questo rientra nei limiti della fisiologia del parto; e nei limiti fisiologici rientrano quei movimenti della sinfisi pubica che si possono notare già durante la gravidanza col procedimento del Boudin (esame vaginale della donna in posizione eretta e durante la deambulazione) e che già erano conosciuti dal Morgagni e da Fabrizio d'Acquapendente.

Qualche volta negli ultimi mesi della gravidanza il rammollimento della sinfisi pubica oltrepassa i limiti fisiologici producendo un vero e proprio rilasciamento (Ribemont, Dessaigne e Lepage). Di questo già parla Severino Pineau nel 1597. Allora l'ammalata accusa dolori alle regioni renali, ma più ancora alla sinfisi pubica e il cammino diventa penoso tanto da costringerla a rimanere in letto; il medico trova dolore alla sinfisi pubica provocando movimenti delle coscie e col dito può constatare l'allontanamento degli archi pubici. In questi casi può bastare la degenza in letto per circa un mese perchè scompaiano la diastasi e contemporaneamente i disturbi subbiettivi. Se la diastasi non scompare con un mese di riposo è frequente il suo riprodursi nella gravidanza successiva.

Ma anche dopo una gravidanza normale la diastasi dei pubi può comparire nel parto, tanto se esso ha richiesto l'intervento dell'ostetrico quanto se si è espletato spontaneamente. Le due grandi cause della rottura della sinfisi pubica sono la sproporzione tra feto e bacino e il forcipe. A queste bisogna aggiungere le preesistenti alterazioni patologiche delle ossa pubiche (processi infiammatori, neoplasmi, tubercolosi, sifilide, osteomalacia, rachitismo pregresso). Le cause quindi sono: materne, fetali, materne e fetali insieme ed ostetriche. Alcuni dànno importanza alla primiparità; Ribemont e i suoi collaboratori dànno invece importanza maggiore alla pluriparità, perchè nelle pluripare la sinfisi è ripetutamente sottoposta al trauma del parto.

Per la sproporzione tra feto e bacino rientrano fra le cause i vizi di bacino, i feti grossi, le presentazioni voluminose (specialmente la frontale e quella della testa ultima dopo il rivolgimento). L'uso del forcipe è ritenuto la causa più frequente: su 23 casi di Havajevicz (citato dal Puech) in 16 c'era stata l'applicazione del forcipe; durante l'applicazione di forcipe ne registra parecchi casi la letteratura italiana in questi ultimi anni (Spinelli, Regnoli, Sanvitale, Rizzacasa). Quando si produce durante l'applicazione di forcipe in casi in cui non esistevano precedentemente alterazioni patologiche a carico delle ossa del bacino si tratta, secondo Volpe, di errore ostetrico per trazione fatta non secondo l'asse. Se in qualche caso l'errore ostetrico si può ammettere, credo che non bisogna dimenticare che spesso l'applicazione di forcipe trova la sua indicazione appunto in condizioni patologiche (bacino ristretto, per esempio) in cui anche senza il forcipe si può lacerare la sinfisi.

Veramente eccezionale è la rottura della sinfisi pubica nel parto spontaneo a termine in donna con bacino normale e bambino di proporzioni ordinarie; ne hanno descritto un caso il Puech e uno il Keller. Un caso di rottura della sinfisi durante un parto prematuro spontaneo fu descritto dall'Ahlfeld (citato dal Keller). In questi casi bisogna ammettere, secondo Keller, una preesistente alterazione se non a carico delle ossa, almeno a carico dei legamenti articolari.

Il meccanismo con cui la diastasi si produce è semplice: divaricamento della sinfisi e proiezione in avanti dei due archi pubici con movimenti intorno alle articolazioni sacroiliache. Essa può prodursi in momenti diversi del parto e precisamente: allo stretto superiore (per sproporzione fra testa fetale e bacino), nello scavo (al momento della rotazione interna del-

la testa) o allo stretto inferiore per divaricazione della sinfisi dal basso in alto (nei bacini ristretti).

Le lesioni che possono prodursi vanno dal semplice rilasciamento articolare allo strappamento legamentoso, fibrocartilagineo, intersinfisario o anche periosteo e qualche volta si può giungere fino alla frattura parcellare delle ossa pubiche. Alla lesione della sinfisi pubica può associarsi lesione dell'articolazione sacro-iliaca. Si possono avere lesioni concomitanti delle parti molli, che vanno dalla semplice lacerazione perineale alla lacerazione dell'uretra e del collo vescicale.

*
* *

La diastasi della sinfisi pubica costituisce nel parto una complicazione rara assai: Tarnier, malgrado le cifre enormi della Clinica Baudelocque, non ne ha riferito nessun caso; Braun v. Fennwald ne vide 3 casi su 30.000 parti. Per la loro rarità credo possa riuscire interessante illustrare due casi da me osservati:

CASO I. — De A. Velia, da Roma, di anni 25, entrata in corsia (letto N. 15), il 12-10-1927. Il padre della p. è vivente e sano; la madre è morta a 41 anni per tubercolosi polmonare. La p. ha avuto i comuni esantemi dell'infanzia. 1ª mestruazione a 15 anni; successive sempre regolari. A 21 anni sposò un uomo apparentemente sano e poco dopo soffrì di annessite sinistra. Ha avuto due figli che stanno bene; non aborti. L'ultimo parto, che è il secondo, è avvenuto il 2-10-1927 (cioè 10 giorni prima dell'ingresso in Sala Rasori) nel Reparto di Maternità dell'Ospedale di S. Spirito. Il parto si è svolto spontaneamente, ma il periodo espulsivo è stato brevissimo (poco più di mezz'ora). Il neonato, di sesso femminile, vivente, perfettamente sviluppato, è grosso e pesa kg. 3,400.

Poche ore dopo il parto insorse febbre modica (37,4) che fu continua e sempre modica (non oltre 38) a tipo intermittente nei quattro giorni seguenti. Ma subito dopo il parto la p. aveva avvertito dolore a tutto il bacino con irradiazione agli arti inferiori fino alle ginocchia. Il dolore, dapprima diffuso, andò poi nettamente localizzandosi al pube, all'anca sinistra e lungo la coscia sinistra anteriormente, e persisteva quando l'a. fu trasferita a Sala Rasori. Alvo normale; diuresi pure normale.

Esame obbiettivo: Donna brachitipa, in ottime condizioni generali, ben nutrita, con sistemi muscolare e scheletrico ben sviluppati, con cute e mucose visibili rosee, senza alterazioni apparenti dell'apparato linfoglandolare. Lingua umida, patinosa. Faringe normale. Polso di frequenza media, ritmico, uguale. Apiressia.

Nulla di anormale all'esame del cuore e dei polmoni.

L'addome presenta smagliature gravidiche recenti; è ben trattabile, è dolente alla palpazione sull'ipogastrio e sulla fossa iliaca sin. dove si palpa il fondo dell'utero ben mobile. Fegato e milza nei limiti normali.

Negativo l'esame del sistema nervoso. Negativo pure l'esame delle urine.

Esame del bacino e degli arti inferiori: non appaiono deformazioni del bacino nè deviazioni degli arti inferiori. Premendo sul pube e più precisamente sulla sinfisi si risveglia vivo dolore. Strisciando col polpastrello del dito sul margine superiore del pube si avverte un avvallamento nel quale si può quasi affondare l'indice. Comprimendo contemporaneamente i due ossi iliaci dall'esterno all'interno si risveglia vivo dolore al pube. Non si apprezza cordone venoso lungo il decorso delle vene femorali dai due lati, nè si riesce a provocare dolore alla pressione lungo il loro decorso. I movimenti dell'anca sinistra, specie l'abduzione, provocano forte dolore al pube e contemporaneamente dolore modico alla regione

FIG. 1.

sacrale sinistra e lungo la faccia anteriore della coscia sinistra. L'abduzione della coscia destra provoca netto dolore al pube. L'andatura è nettamente anserina e la p. avverte dolore forte al pube camminando.

Esame ginecologico: nulla a carico dei genitali esterni; vagina ampia; fornici liberi, indolenti; utero grosso con collo di consistenza un po' diminuita ed orificio esterno pervio al dito; il fondo dell'utero giunge 3 dita al disopra del pube, è mobile, un po' dolente. Lochiazione normale. Palpando il pube dalla vagina si sente una depressione in corrispondenza della sinfisi, comprimendo la quale si provoca forte dolore.

Misurazione dei diametri del bacino: diametro bispiniliaco 24 cm., diametro bitrocanterico 31, coniugata esterna 19, distanza fra le due tuberosità ischiatiche 10 cm., coniugata diagonale cm. 11,5.

Una radiografia del bacino fatta il 15-10-1927 (V. fig. 1) dimostra diastasi della sinfisi pubica senza decalcificazione delle ossa del bacino. L'a. è rimasta in letto circa un mese, durante il quale ha portato quasi costantemente una fasciatura compressiva del bacino. Il dolore è andato progressivamente diminuendo fino a scomparire completamente circa un mese dopo il parto; scomparsi i dolori ricomparve la deambulazione normale. Una seconda radiografia (V. fig. 2) ha dimostrato allora un riavvicinamento delle branche del pube. La p. godeva buona salute a un anno di distanza dal parto.

Caso II. — B. Ersilia, da Roma, di anni 31, entrata in Sala Rasori (letto N. 18) il 23-3-1928. Il padre è morto a 49 anni per malattia imprecisabile; la madre è morta a 72 anni per trauma. Nessuna malattia degna di nota nell'infanzia. 1ª mestruazione a 14 anni, successive sempre regolari. A 27 anni alle piccole labbra un'ulcera indolente, che fu seguita qualche tempo dopo da eruzione di macchie su gran parte della superficie cutanea. Un anno dopo, ricoverata in Clinica Ostetrica perchè aveva abbondante secrezione dai genitali senza disturbi della minzione, le fu fatta una Wassermann che fu positiva, le fu praticata una serie di iniezioni di bismuto. Ha avuto tre figli, nessun aborto. L'ultimo parto è avvenuto al proprio domicilio 3 giorni prima di essere accolta in corsia. È stato un parto a termine di gravidanza normale. Il parto si espletò spontaneamente e il neonato, vivo e sano, pesava kg. 3,600 ed appariva più grosso del normale. Il giorno seguente il parto, quando la p. cominciò a muoversi sul letto, avvertì forte dolore al pube ogni volta che muoveva le coscie. Per il persistere di questo dolore viene in ospedale. Non sa dire se ha avuto febbre.

Esame obbiettivo: donna di statura superiore alla media, in buone condizioni generali, in stato di nutrizione buono, con cute e mucose notevolmente pallide. Lingua umida, detersa. Faringe normale. Polso 100, ritmico, uguale.

Nulla di notevole all'esame del cuore e dei polmoni.

L'addome, che ha numerose smagliature gravidiche recenti, è trattabile, ma dolente all'ipogastrio, dove si palpa il fondo dell'utero che giunge a due dita dall'ombellicale trasversa. Fegato e milza nei limiti normali.

Negativo l'esame del sistema nervoso.

Esame del bacino e degli arti inferiori: nulla da notare all'ispezione. La palpazione del pube mette in evidenza una depressione della sinfisi tanto notevole che vi si affonda facilmente un dito; con questa manovra si provoca localmente vivissimo dolore. Vivo dolore sempre alla sinfisi pubica si provoca comprimendo dall'esterno all'interno e contemporaneamente i due ossi iliaci. I movimenti delle due articolazioni coxofemorali e più particolarmente l'abduzione della coscia sono ridotti per il dolore che essi provocano su tutto il bacino. La deambulazione, che provoca dolore al pube, è anserina.

L'esame ginecologico ha dato: utero grosso, mobile, un po' dolente, con collo molle, fornici liberi, lochiazione normale. Dalla vagina si palpa nettamente un'interruzione del margine inferiore del pube in corrispondenza della sinfisi, dove si provoca dolore colla pressione. Premendo dalla

Fig. 2.

vagina le altre ossa del bacino non si provoca dolore.

Il giorno seguente l'ingresso in corsia una lastra radiografica dimostrava notevole diastasi della sinfisi pubica (V. fig. 3), senza decalcificazione delle ossa del bacino, con presenza di una sostanza opaca (bismuto) nelle masse glutee.

Negativo l'esame delle urine, in cui fu anche ricercato, ma non trovato il corpo di Bence Jones. Negativo l'esame del sistema nervoso.

Wassermann sul siero di sangue negativa.

Misurazione del bacino: diametro bispiniliaco 24 cm., diametro bitrocanterico 31 cm., coniugata esterna cm. 18,5, distanza fra le due tuberosità ischiatiche cm. 10,5, coniugata diagonale 11.

La p. è rimasta in letto con una fasciatura compressiva del bacino; è stata sempre apirettica. Una diecina di giorni dopo l'ingresso i dolori si sono notevolmente attenuati permettendo alla paziente il decubito laterale impossibile fino ad allora per il dolore che provocava al pube. Il 5-4-1928 i dolori erano completamente scomparsi e alla palpazione non si apprezzava più l'interruzione della sinfisi nè si provocava dolore premendovi sopra. La guarigione è stabile: la p. godeva buona salute 6 mesi dopo il parto.

Fig. 3.

Riassumendo: due donne giovani, con bacino ristretto, le quali già avevano avuto altri parti decorsi normalmente, partoriscono spontaneamente al termine di una gravidanza fisiologica dando alla luce ognuna un neonato di dimensioni superiori alle ordinarie. Nessun sintoma speciale fa pensare, durante il parto, che stia producendosi o che si sia già prodotta una lesione del bacino. Così avviene per lo più; però in qualche caso fu notato rumore di scricchiolìo osseo e dolore lacerante al pube e rapida discesa del feto (Demelin e Devraigne, Puech). Nel primo caso il periodo espulsivo fu brevissimo. Per la mancanza di sintomatologia che indichi in quale momento è avvenuta la rottura, è difficile dire se è stata la rottura della sinfisi che ha facilitato la discesa del feto o se le contrazioni uterine troppo frequenti e troppo violente hanno accelerato il parto e facilitata la rottura. Dopo il parto insorge una sindrome dolorosa localizzata al pube specialmente durante i movimenti degli arti inferiori; in un caso (il primo) il dolore s'irradiava alla regione sacrale sinistra e alla coscia sinistra. Obbiettivamente: dolore alla sinfisi pubica colla pressione diretta e coi movimenti di abduzione della coscia e netta percezione dell'interruzione della sinfisi stessa. Radiologicamente: diastasi della sinfisi pubica. Tutta la sintomatologia subbiettiva ed obbiettiva scompare rapidamente (in circa un mese nel primo caso, in 15 giorni nel secondo).

La diagnosi di diastasi della sinfisi pubica non ammette dubbi. Per l'interpretazione causale della sindrome, il decorso perfettamente normale della gravidanza, l'insorgenza dei sintomi sorti solo dopo avvenuto il parto, la rapida guarigione indicano chiaramente che la genesi della sindrome è intimamente legata al trauma del parto. Che come cause predisponenti abbiano potuto intervenire lesioni ossee preesistenti del bacino si può escludere e per l'anamnesi e per l'esame radiografico. Nel secondo caso c'era certamente un'infezione luetica, ma nessuna manifestazione patologica di questa malattia era in atto e, nonostante la lues, la gravidanza era stata portata normalmente a termine. In tutt'e due i casi c'è feto grosso e bacino ristretto; in questa condizione credo si debba cercare la causa della diastasi. Le forze naturali sono state sufficienti all'esple-

tamento del parto, ma per ottenere un allargamento dei diametri è certamente intervenuto nel periodo espulsivo un divaricamento dei pubi superiore a quello che avviene normalmente nel parto eutocico e ne è risultata una diastasi che è persistita un certo tempo.

Quale è stata la lesione anatomica che si è prodotta in questi due casi? Certamente non c'è stata frattura parcellare del pube e le lesioni devono avere interessato solo l'apparato legamentoso.

Da rilevare nel decorso di questi due casi è l'assoluta mancanza di contemporanee lesioni dei tessuti molli e di processi infettivi comparsi nel puerperio. La lacerazione perineale è la regola. La complicazione di un'infezione è frequentissima: in 23 casi di Rudaux su 98 descritti si ebbe un ascesso in sito e in 16 casi si ebbe la morte per sepsi e si riscontrò flemmone prevescicale. L'ascesso che può limitarsi alla regione della sinfisi o estendersi alle regioni vicine fino a invadere il cellulare pelvico ha quasi sempre la sua origine in un'infezione puerperale che trova nelle condizioni locali un motivo per localizzarsi.

Nei due casi da me descritti solo nel primo si ebbe per 4 giorni febbre, che credo si possa interpretare come si interpretano le febbrette che seguono una frattura o una distorsione con ematoma.

Per la terapia è bastato il riposo in letto con una fasciatura compressiva e questo solo si deve fare quando la diastasi è di origine unicamente meccanica. Se intervengono fattori patologici preesistenti (lues, osteomalacia, ecc.) o susseguenti (infezione puerperale, ascesso), la terapia sarà rivolta contro queste manifestazioni anormali. In qualche caso fu anche fatta con successo la sinfiopubiorrafia, a cui credo si debba ricorrere solo in casi di grave diastasi con lacerazione delle parti molli.

APPUNTI BIBLIOGRAFICI.

BAR. BRINDEAU, CHAMBRELENT. *La dystocie.* La pratique de l'art des accouchements, fasc. III. Paris, 1927.

BERKELEY, ANDREWS, FAIRBAIRN. *Midwifery.* London (Arnold. ed.), 1925.

BRAUN V. FENNWALD. Arch. f. Gynäk., 1894, Bd. 47.

BUMM. *Trattato completo di ostetricia.* Trad. ital., 1915.

DEMELIN et DEVRAIGNE. *Manuel de l'accoucheur,* 1924.

KELLER. *La disjonction des articulations du bassin et son rapport avec le mécanisme de l'accouchement.* Gynéc. et Obstétr., 1928, n. 5.

MANDRUZZATO. Associaz. Med. Triest. Adunanza del 20-4-1928.

MORETTI. *Osteomalacia e gravidanza.* Annali di Ostetr. e ginec., 1926.

NAUJOKS. *Ruptur und Vereiterung der symphyse bei spontaner Geburt.* Zbl. f. Gynak., n. 40, 1927.

PUECH. *Mémoires et leçons d'obstétrique.* Montpellier, 1905.

REGNOLI. *Estesa diastasi della sinfisi pubica in un'applicazione di forcipe in posiz. di Walcher.* Atti della Soc. Ital. di Ostetr. e Ginec., volume XVIII, 1913.

RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. *Précis d'obstétrique,* 1904.

RIZZACASA. XXVI Congresso di ginec. e ostetr. Roma, 1927.

RUDAUX. Thèse de Paris, 1898.

SANVITALE. Soc. med.-chir. degli Ospedali Abruzzesi. Seduta del 22-4-1928.

SCHAUTA. *Trattato di ginecol.,* 1898.

SPINELLI. *Sinfiopubiorrafia secondaria per lussazione operatoria della sinfisi dei pubi.* Atti Soc. Ital. Ostetr. e Ginec., vol. X, 1904.

VIOLATO. *Artrite suppurativa pubica ed ascesso dello spazio soprapubico in puerperio.* La Clinica Ostetrica, 1927.

VOLPE CARLO. *Rottura della sinfisi pubica nel parto complicata a rottura dell'uretra e del collo vescicale.* Atti Soc. Ital. Ginec. e Ostetr. volume XXIII, 1924.

ZANGMEISTER. *Lehrbuch. der Geburtshilfe.* Leipzig (Hirzel), 1927.

STORIA DELLA MEDICINA

Dell'embriogenesi.

Dott. BENVENUTO COGLIEVINA - Trieste.

Prima di riportare dal protocollo della « Società medico-fisica fiorentina » una interessante seduta tenutasi nel 1827, sarà bene ricordare qui brevemente alcuni dati medico-storici riguardanti specialmente la fase più decisiva, più culminante degli studi fatti in merito.

L'indagine medica cominciò veramente appena dal secolo XVII in poi ad occuparsi più esattamente del problema dell'embriogenesi, eliminando gradatamente le tante ipotesi più o meno fantastiche dei secoli precedenti. Grande importanza si deve ascrivere a tale riguardo all'opera di Harvey (1578-1657) « Exercitationes de generationibus animalium quibus accedunt quaedam de partu, de membranis ac humoribus uteri et de conceptione » (pubblicato a Londra nel 1651), ove è contenuto anche il suo immortale: « omne animal ex ovo ». I rispettivi studi fecero poi degli ulteriori rapidi progressi specialmente dopo che Reignier de Graaf (1641-1693) ebbe studiato la struttura dell'ovaia e dopo che lo studente in medicina Joh. Ham (1650-1723) aveva scoperto gli spermatozoi. In base poi agli studi sperimentali dell'illustre scienziato e letterato aretino Francesco Redi (1626-1694) cadde definitivamente la teoria finora ritenuta l'unica giusta cioè quella della « generatio originaria ». Con l'opera fondamentale « Istoria della generazione dell'uomo e degli animali » (Venezia 1721) di

Antonio Vallisneri (1662-1730) venne dimostrata in forma inconfutabile e definitiva l'importanza che ha l'ovulo per lo sviluppo dell'embrione.

Un tanto degli studi fondamentali fatti nel secolo xvii sullo sviluppo dell'ovulo umano.

Nell'adunanza ordinaria del 18 marzo 1827 della Società medico-fisica fiorentina (l'anno, del resto, nel quale Karl Ernst v. Baer [1792-1876] pubblicò a Lipsia l'opera fondamentale « De ovi mammalium et hominis genesi. Epistola ad academiam Imperialem scientiarium Petropolitanam ») il segretario dottor Del Greco « emesse alcuni cenni sull'embriogenia delle prime due settimane dopo il concepimento ».

Il tomo 24 del Dizionario classico di medicina, di chirurgia e d'igiene pubblica e privata, composto da Adelon, Andral, Beclard ecc. e del quale trattato il dott. M. G. Levi curò l'edizione italiana (il 24° tomo uscì nel 1852 a Venezia) contiene a pagina 845 il resoconto di suddetta adunanza, dal quale apprendiamo:

« Il segretario dottor Del Greco, valendosi di due uovi umani da lui notomizzati, uno dei quali raccolto dal professore Betti nella prima settimana, l'altro da lui nella seconda dopo la concezione, ma rimasto nell'utero probabilmente tre mesi, della quale epoca si credè incinta non a torto la madre che ne abortì, emesse alcuni cenni sull'embriogenia delle prime due settimane dopo il concepimento. Incominciò dal comprovare su quei prototipi, comechè imperfetti, l'esistenza di un fluido simile all'umor vitreo, nella cavità del corion, e come questo traversato da una membrana incolora in varie direzioni, l'irreperibilità della pretesa allantoide, la forma piriforme dell'amnios, sacco cieco ripieno di un fluido limpido soltanto prima delle due settimane, e la presenza del germe sotto forma di un corpo bianco galliccio appena una linea in grandezza, appianato nel mezzo, più rotondeggiante negli estremi, gelatiniforme ed intrinseco (sebbene connesso per mezzo d'esile membrana diafano) al sacco amniolico, da cui può sollevarsi senza che questo sia aperto, e a cui aderisce all'ottavo giorno per poi penetrarne la cavità al sedicesimo. Accennando finalmente le novissime leggi embriologiche del dottor Pockels di Brunswick, le quali ritenne a scorta nelle sue indagini circa la presenza, e primordiale struttura delle vescichette eritroidi e ombelicale, e loro canali, organi tutti essenzialissimi all'ulteriore sviluppo embrionale, ad esempio recò alcuni vizj primordiali di conformazione in degli uovi umani, la distruzione cioè della vescichetta ombelicale e lacerazione dell'eritroide, e sue appendici nell'aborto di due settimane, e la fusione di ambedue le vescichette nell'altro di otto giorni, dai quali vizj interì l'insuscettività dell'ulteriore loro incremento, e perciò la causa della precoce loro espulsione dalla matrice ».

Riassunto.

Dopo aver brevemente accennato agli studi fatti dal xvii secolo in poi sull'ovulo umano, l'autore riporta dal protocollo della Società medico-fisica fiorentina una seduta tenuta addì 18 marzo 1827, nella quale il dott. Del Greco parlò dell'embriogenesi.

COMMENTI.

Sulla decapsulazione del rene.

Sora, 13 giugno 1929-VII.

Egregio sig. Direttore,

Ho letto nel numero monografico di Urologia, della Sezione pratica del *Policlinico*, uscito il 10 giugno 1929 e precisamente nell'articolo del dott. Tondo sulla decapsulazione del rene, che tale operazione non sia stata fatta da altri prima di lui per l'eclampsia.

Ciò non è esatto perchè fin dal 1923 si legge nella più grande rivista tedesca di urologia che è seguìta alla *Folia urologica* (dal dottor Tondo menzionata) e che si chiama *Zeitschrift für urologische Chirurgie*, e precisamente nel vol. XIV a p. 199 delle recensioni, che nel coma eclamptico dopo il parto artificiale, persistendo i fenomeni comatosi, fu praticata con successo la decapsulazione di un solo rene.

La recensione è fatta dal dott. Werner Block di Berlino da un articolo di Albert Niedermeyer uscito sulla *Deutsche Med. Wochenschr.* Bd. 49, N. 23, S. 756-757, 1923.

E sulla stessa rivista (*Zeitsch. für u. Chir.*) nel vol. XVIII a p. 27 c'è un articolo sulle indicazioni della decapsulazione e vi si fa menzione anche della nefrite nell'eclampsia.

Forse l'operazione bilaterale non sarà stata tentata da altri per la stessa indicazione, ma pare che sia sufficiente la decapsulazione di un solo rene.

Con preghiera di pubblicazione, La ossequio distintamente e La ringrazio.

Dott. Alberto Marsella

già assistente del prof. A. von Lichtenberg di Berlino, aiuto chirurgo dell'Osp. Civile di Sora.

SUNTI E RASSEGNE.

PANCREAS.

La diastasi dell'urina nella necrosi acuta del pancreas.

(ROSTOCK. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd 143, n. 2, 1928).

Fin dal 1926 l'A. ha rilevata l'importanza della ricerca della diastasi nell'urina per la diagnosi di necrosi acuta del pancreas. Il metodo più usato è quello di Wohlgemuth. La ricerca è stata fatta anche nel normale e pare che nell'uomo sia in maggiore quantità che nella donna. La curva nel normale ha delle lievi oscillazioni pur avendosi nella quantità delle urine oscillazioni più grandi. Goldstern ammette un rapporto fra diastasi ed alimentazione ricca o povera di carboidrati, cioè fra secrezione pancreatica e comparsa di diastasi nelle urine.

La diastasi viene assorbita dalla parete intestinale e riversata nel sangue. Normalmente non avviene nella ghiandola un assorbimento diretto e infatti Ehrmann e Wohlgemuth non hanno riscontrato differenza di quantità di diastasi tra il sangue delle vene pancreatiche e quello delle vene periferiche.

Moeckel e Rost hanno dimostrato che una parte del fermento viene eliminata con l'urina, un'altra parte viene distrutta nel corpo. Secondo Neumann esiste un parallelismo tra diastasi delle urine e quella del siero di sangue.

Una diminuzione della eliminazione con le urine può, secondo Wohlgemuth, rappresentare un indice di affezione renale come ha dimostrato Hirata nei conigli producendovi una nefrite.

Secondo Wynhausen la quantità di diastasi nelle urine di individui normali, senza lesioni renali, nè diabete oscilla fra 8 e 64 unità di Wohlgemuth.

L'A. ha ricercato le variazioni della diastasi in casi di necrosi acuta del pancreas. Secondo Gulecke questa affezione avverrebbe quando il succo pancreatico viene attivato nella stessa ghiandola: il tessuto assorbe il fermento, la tripsina e la lifasi producono le alterazioni del parenchima pancreatico e del tessuto grasso, la diastasi sembra che rimanga nel corpo inattiva.

La ricerca della diastasi nel sangue e nelle urine nella necrosi pancreatica è stata fatta da Noguchi, Marino, Lindemann di cui riporta un caso clinico con un aumento fino a 1667 unità. Unger e Heuss hanno trovato in 10 casi un aumento del valore diastasico. In essi fu fatta diagnosi clinica 3 volte di peritonite, 2 di ileo e 1 di ulcera perforata dello stomaco.

In altri 3 casi sulla base della ricerca delle urine poterono fare la diagnosi prima dell'operazione.

In un caso operato nella Clinica Chirurgica di Jena con reperto di steatonecrosi, prima dell'operazione l'A. trovò nell'urina oltre 2 milioni di unità di diastasi che scesero dopo l'operazione gradatamente a 5700, 213 e finalmente a 16. In questo caso l'esito fu letale.

In un altro caso guarito, nel quale era stata fatta diagnosi di colecistite, trovò nell'urina 17.750 unità per cui fu diagnosticata una necrosi pancreatica che venne confermata all'operazione. Dopo l'apertura e drenaggio la diastasi discese rapidamente e si mantenne normale nei mesi successivi alla guarigione.

Anche in un caso di edema del pancreas con limitata necrosi pancreatica trovò 10 milioni di U. W. Fu fatto il tamponamento e con la guarigione la diastasi dell'urina scese rapidamente al normale.

In un caso di necrosi pancreatica subacuta la quantità di diastasi apparve molto irregolare.

Anche in casi negativi la ricerca ha valore. Di essi riporta 3 casi di colecistite nei quali si poteva ammettere una necrosi pancreatica: la diastasi nelle urine era bassa ed all'operazione si trovò il pancreas normale.

R. BRANCATI.

Considerazioni cliniche sui sintomi del cancro del pancreas.

(M. ROCH. *Rev. Medicale de la Suisse Rom.*, n. 6, 1929).

Notevoli sono sempre le difficoltà diagnostiche del cancro del pancreas sia per la posizione profonda della ghiandola che ne impedisce la esplorazione fisica e quella radiologica diretta anche mediante il pneumoperitoneo, sia per il valore infido dell'esame della sua secrezione interna ed esterna. Questo infatti permette in modo sicuro l'accertamento diagnostico solo quando l'affezione è molto avanzata e la sintomatologia clinica chiara e univoca. La stessa cachessia rapida del malato, se può escludere le cisti del pancreas, non è del resto sempre evidente e può anzi essere riferita a molte altre cause. Anche l'età è un criterio fallace potendosi presentare il neoplasma anche nei giovani.

L'A. attribuisce il massimo valore ai sintomi di compressione degli organi vicini e a tal proposito insiste sulla necessità per il medico pratico di conoscere i sintomi più frequenti, più tipici e variamente associati e quindi le sindromi più comuni. Così il cancro della testa, frequentissimo fra gli epiteliomi del pancreas, è anche il meglio conosciuto e il più tipico clinicamente. Determina cachessia ra-

pida, ittero spesso molto intenso, bruno-verdastro con decolorazione delle feci, distensione della cistifellea (sintomo di Bard e Pic) non sempre ugualmente rilevabile clinicamente o per il variare della tensione delle pareti o per l'ostruzione incompleta o intermittente del coledoco o per la retrazione determinata da aderenze per calcolosi pregressa (sintomo di Courvoisier-Terrier), dolore e tumefazione epigastrica. Tale sindrome di Bard e Pic, chiamata da Dieulafoy sindrome pancreatico-biliare, è certamente la più frequente nel cancro della testa, benchè possa aversi una sindrome pancreatico-duodenale o pancreatico-pilorica con stasi gastrica e vomito, che può aggiungersi anche alla precedente.

Il cancro del corpo non è sempre latente come si è sostenuto, anzi spesso dà sintomi molto chiari. Chauffard ha infatti descritta la sindrome pancreatico-solare, caratterizzata da epigastralgie con esacerbazioni molto intense e irradiazioni varie, intolleranza gastrica, accessi che ricordano le crisi gastriche della tabe o l'ulcera della piccola curvatura, che si accentuano nel decubito orizzontale, come ha rilevato Einhorn, pare per la compressione del plesso solare retropancreatico. Inoltre spesso si aggiunge la sindrome pancreatico-aortica recentemente descritta da Bickel, Katzenelbogen e Mozer, in questa stessa rivista, data dalla compressione sull'aorta del tumore, ben rilevabile nel malato dimagrito sulla linea mediana o un po' a sinistra con pulsazione non espansiva, con soffio sistolico all'ascoltazione. L'A. oltre ai sei casi descritti cita l'osservazione rimasta inedita negli archivi della Clinica Medica di un tipico caso clinico, in cui fu fatta diagnosi di aneurisma dell'aorta addominale, mentre all'autopsia si rinvenne cancro del corpo e della coda del pancreas.

Il più difficile a diagnosticarsi è l'epitelioma della coda del pancreas che rimane latente, perchè appunto i sintomi di compressione degli organi vicini appaiono molto tardi. Può simulare, come dice Lockwood, il neoplasma del rene sinistro o della milza; talvolta una metastasi intestinale, specialmente dell'angolo sinistro del colon, può far pensare a un tumore primitivo dell'intestino.

È stata descritta l'ascite sia per compressione portale, sia per invasione peritoneale. Assai spesso il cancro si diffonde al corpo del pancreas e allora le sindromi pancreatico-solare e pancreatico-aortica imporranno la diagnosi. L'organo che è più spesso compresso, compromesso nella funzionalità e anche invaso è lo stomaco nella grande curvatura.

Radiologicamente si ha una stenosi con biloculazione incompleta e si differenzia dal neoplasma gastrico per i limiti netti dell'imagine lacunare, per il variare di questa secondo la posizione, per il conservato peristaltismo, segni tutti di compressione gastrica, che può essere data anche da acrocolia, idronefrosi sinistra, tumore dell'angolo colico sinistro, splenomegalia e cisti pancreatica. Naturalmente deporrà per il cancro del pancreas la cachessia rapida.

V. RICOTTI.

Alterazioni del pancreas per occlusione cronica delle vie pancreatiche.

(H. BALÖ e BALLAN. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1929, I).

Gli AA. hanno esaminato il pancreas e i dotti pancreatici in 937 autopsie. In 18 casi hanno trovato lesioni che producevano un arresto o un impedimento parziale al deflusso normale del succo pancreatico.

Le lesioni avevano carattere di cronicità ed erano dovute o a tumori della papilla di Vater, o a flogosi della mucosa duodenale per cui si veniva a produrre edema che occludeva il lume della papilla, a calcoli della papilla stessa, ad aderenze flogistiche che imbrigliavano il dotto, a calcolosi pancreatica.

Le lesioni riscontrate nel pancreas si possono riassumere in un processo di necrosi lento con sostituzione di tessuto connettivo a carico degli acini e in una ipertrofia, che talvolta giunse a 3-4 volte le dimensioni normali degli isolotti del Langerhans. Così molti di questi malati presentarono in vita fenomeni di ipoglicemia.

In alcuni casi l'immissione in circolo di secreto pancreatico produsse lesioni gravi a carico del sistema nervoso centrale, sopratutto del midollo (siringomielia), distruzione di nuclei motorii. Spesso si ebbe un deperimento organico impressionante con perdita di molti chilogrammi di peso in poco tempo.

Questi reperti confermano dunque molti dei dati acquisiti per via sperimentale sull'effetto della legatura dei dotti pancreatici.

V. GHIRON.

Su un pancreas accessorio.

(VANDENDORPE. *Soc. de Biol.*, 12 feb. 1929).

L'A. tratta di un pancreas accessorio tolto durante un intervento operatorio in un uomo di 52 anni dalla parete della seconda porzione del duodeno. In esso si potevano distinguere due porzioni situate nella sottomucosa e fra i fasci muscolari riunite da un picciuolo. Una parte era costituita di ghiandola normale con tubi escretori e isolotti: l'altra invece presentava grande quantità di tessuto connettivo disseminato di isolotti e di cavità tappezzate da epitelio cubico che rappresentavano tubuli estremamente dilatati e non vi erano traccie di acini pancreatici. Un tessuto simile si riscontra nel pancreas dopo esclusione della ghiandola con sezione o legatura dei dotti. Nel caso l'esclusione era stata fatta dalla natura.

R. BRANCATI.

Sul trattamento delle fistole pancreatiche.

(CORACHAN M. *La Presse Médicale*, n. 88, 1928).

Le fistole pancreatiche si hanno in seguito a marsupializzazione di cisti o pseudocisti pancreatiche (50 % dei casi) oppure in seguito ad interventi praticati sul pancreas o sulla zona pancreatica, quando si ledano i canali pancreatici. Ciò accadde specialmente in casi di splenectomie o di gastrectomie. Ohly cita un caso di fistola pancreatica consecutiva a perforazione di un calcolo biliare attraverso la parete addominale a livello della fossetta ombelicale. Courbalrs l'osservò in un soldato, che aveva riportato trauma all'epigastrio.

Nei pazienti per fistola pancreatica si ha dimagrimento intenso, sindrome diabetica; il potere digestivo del liquido fistoloso conferma la diagnosi. È pericolosa l'indagine radiografica con iniezione di lipiodol nel tramite fistoloso.

Se la secrezione del liquido non passa i 250 cmc. per giorno si può provare il trattamento medico: somministrazione di idrati di carbonio e di alcalini ad alte dosi: o ereptone; o regime antidiabetico e carne; o dieta assoluta ed alimentazione rettale; o atropina s. belladonna.

Col trattamento locale delle fistole si può praticare l'applicazione di liquidi atrofizzanti; il grattamento del tramite fistoloso, la dilatazione e la roentgenterapia. Sono sconsigliabili l'applicazione di cloruro di zinco, di iodo o di nitrato d'argento, perchè tali sostanze possono produrre una pancreatite.

Se a tali trattamenti segue insuccesso si deve ricorrere alla cura chirurgica, non attardandosi molto tempo nei tentativi di cura, precedentemente elencati: 4-8 mesi. Ma se vi è secrezione abbondante è consigliabile l'intervento precoce.

Esso può consistere nell'estirpazione del tramite fistoloso, nella estirpazione secondaria della cisti, nell'abboccamento della cisti ad un viscere cavitario.

L'estirpazione del tramite fistoloso espone facilmente a recidive, perchè quasi sempre sussiste la cisti; così pure fu raramente estirpata la cisti. Invece l'impianto del tramite fistoloso in un viscere cavo rappresenta il procedimento di elezione.

È stato praticato tale impianto nella cistifellea (Kehr), nel duodeno, nel digiuno e nello stomaco. La fissità del duodeno e la profondità, in cui si trova, rendono difficile tale atto operatorio.

La mobilità eccessiva del digiuno, e la necessità di praticare anche una digiuno-digiunostomia a valle dello impianto della fistola, rendono questo metodo meno consigliabile dello abboccamento praticato sullo stomaco. Questa ultima operazione fu la più adoperata, e con maggiore successo.

L'A. ne illustra un caso verificatosi in un giovane di 16 anni, che dopo un ascesso febbrile avvertì un colpo all'epigastrio e seguì dolore violento. Dopo un mese e mezzo comparve all'epigastrio una tumefazione indolore e mobile, quanto un uovo di pollo, che la laparotomia esplorativa dimostrò a sede della regione intraepatica, estrinsecantesi nello spessore dell'epiploon gastroepatico. Aveva la grandezza di un pugno, era a contenuto liquido, con sviluppo posteriormente allo stomaco ed al duodeno. Aspirazione del liquido, apertura della cisti, applicazione di un drenaggio e marsupializzazione.

Successivamente l'esame del liquido dimostrò la natura pancreatica. I trattamenti medici e locali riuscirono infruttuosi per la chiusura della fistola. Per cui l'A. dopo 12 mesi dal primo intervento praticò un impianto del tramite fistoloso sulla parete anteriore dell'antro pilorico, con successo.

JURA.

DISTURBI TROFICI.

Eritema degli arti inferiori.

(M. F. CRIADO. *La Med. Ibera*, 19 gen. 1929).

L'imperiosa tirannia della moda, spesso, trascurando i consigli igienici e le necessità fisiologiche, determina alterazioni organiche che, se alcune volte si limitano al campo dell'estetica, altre volte entrano francamente nel dominio della patologia.

È nota infatti, da quando esiste la moda dei capelli corti nelle donne, la frequenza dei nevi angiomatosi della nuca, delle impetigini, degli eczemi retroauricolari, nè esagerano i dermatologi, quando affermano che di questo passo, si potrà anche giungere alla calvizie femminile!

Nel polo opposto, la moda offre le sottane corte, le calze trasparenti, le scarpe basse: gli uomini sono soddisfatti di questa moda di grande visualità e la caldeggiano, protestandone l'enorme comodità, mentre le donne, senza dubbio, vanno con più frequenza incontro a malattie e a deformità che non per lo innanzi.

Di queste affezioni e deformità, più facili a verificarsi sono gli eritemi.

In un primo gruppo possono riunirsi le pazienti che, senza soffrire alcun disturbo, desiderano semplicemente correggere un difetto che la sottana corta e le calze trasparenti mettono in evidenza, mentre un secondo gruppo, molto più esteso, è rappresentato da quelle pazienti, nelle quali esistono sintomi generali, rivelatori della malattia, e sulle gambe, delle lesioni che, oltre a costituire una bruttura, provocano molestia più o meno intensa.

Le pazienti del primo gruppo costituiscono la maggioranza delle consultanti e su queste esiste la discussione se la moda vi abbia in-

fluenza: alcuni la ritengono la vera causa, altri invece, una causa rivelatrice.

Difficile è pronunziarsi nell'uno o nell'altro senso, sopratutto perchè non si conoscono le cause occasionali di questi eritemi e solo ipotesi variabili si hanno sulla loro etiologia.

D'altra parte mancano dati statistici degli ambienti rurali, dove la moda non impera, e di più essendo affezioni benigne, raramente sono consultate nei centri dermatologici delle capitali.

In pratica tuttavia s'inclina ad ammettere l'influenza positiva degli agenti atmosferici nella produzione di questi eritemi, come causa predisponente, occasionale, determinante.

L'A. lasciando da parte quelle lesioni ad etiologia netta, con sintomatologia chiara, e quindi di diagnosi facile, come le porpore, gli accidenti varicosi, la psoriasi, prende in esame alcune affezioni (eritema nodoso, eritema indurito di Bazin, cianosi sopramalleolare) di distinta natura, ma che per avere in comune alcune particolarità, come la sede e l'esclusività nelle donne giovani, possono offrire qualche difficoltà nella loro esatta classificazione.

L'eritema nodoso è caratterizzato dalla comparsa su tutte e due le gambe di noduli sporgenti, di grandezza varia, a limiti imprecisi, di consistenza dura, infiltranti il derma ed il tessuto cellulare. Il centro è di colorito rosso-azzurro, circondato da un alone più chiaro che si attenua gradatamente verso la periferia dove si confonde con il colorito normale.

Secondo molti dermatologi, tale eritema non sarebbe altro che una forma speciale dell'e. polimorfo, sopratutto per l'analogia dell'evoluzione e per la sede, che è quella di elezione del polimorfo.

La sua etiologia è molto discussa: da alcuni è stato considerato come un'affezione essenziale ben differenziata, dopo casi descritti di epidemia e di contagio; da altri come un sintomo del quadro impreciso del reumatismo; da altri ancora è stata ammessa la natura tubercolare. Clinicamente si può osservare un eritema nodoso tipico in varie affezioni: sifilide, tubercolosi, lebbra, grippe; nelle intossicazioni esogene ed endogene, ecc. La prognosi è benigna e anche quando le lesioni nodulari sono molto estese, l'evoluzione totale è di 3-4 settimane.

Il trattamento sarà causale, quando è possibile, altrimenti si tenterà di calmare il dolore con il riposo ed antiflogistici locali (cataplasmi, fomenti, raggi ultravioletti). Nel periodo di riassorbimento, spesso esiste forte prurito; bisognerà allora ricorrere alle pomate o alle paste antipruriginose, mentre come trattamento generale, va consigliato lo iodio e ioduri, che sembrano favorire la desinfiltrazione e il riassorbimento dei prodotti infiammatori. Nei casi di noduli voluminosi e molto tesi, è stata suggerita la sottrazione sanguigna mediante puntura, scarificazione o applicazione di sanguisughe.

L'eritema indurito fu descritto da Bazin nel 1885 con il nome di eritema indurito degli scrofolosi, e tale appellativo rivela la natura dell'affezione che oggi è inclusa nel quadro delle manifestazioni cutanee di origine tubercolare endogena. Generalmente senza prodromi, o con sintomi analoghi a quelli descritti nell'eritema nodoso, si localizzano sulla parte anteriore delle gambe, più di rado posteriormente, macchie rosso-azzurre, a contorno non preciso circolare o ovalare, di grandezza varia, con una zona centrale nodulare, di colorito più scuro. Da questo nodulo centrale, partono a volte indurimenti cordoniformi periferici, che si confondono nei tessuti vicini; questi noduli in discreto numero (3-6) generalmente terminano la loro evoluzione, spesso però recidivano l'anno dopo, nell'estate o in primavera.

La natura dell'eritema indurito fu stabilita da Bazin in relazione alla scrofola; attualmente viene compresa nel gruppo delle tubercolosi cutanee, chiamate da Darier tuberculidi. La diagnosi differenziale va posta con l'eritema nodoso e con le ulcerazioni gommose sifilitiche.

Le indicazioni terapeutiche derivano dal concetto di manifestazione tubercolare, per cui, in prima linea, sono l'igiene, la buona alimentazione, il clima; le cure specifiche (tubercolina, sali di oro) sogliono migliorare e favorire il riassorbimento dell'infiltrazione. Localmente il riposo, con la gamba elevata, applicazioni calde con ittiolo all'1 ‰, con bendaggi compressivi, calmano di molto i dolori; in caso di ulcerazione, l'elioterapia ben regolata o i bagni di raggi ultravioletti favoriscono la cicatrizzazione.

Cianosi sopramalleolare. Dopo la descrizione fattane da Thibierge nel 1921, questa affezione è stata oggetto di parecchie osservazioni da parte degli AA., i quali le dettero anche diverse denominazioni: edema asfittico simmetrico delle gambe nei soggetti linfatici, cianosi sopramalleolare, eritrosi cutanea simmetrica, malattia delle calze di seta, ecc.

L'inizio è quasi sempre insidioso: la gamba colpita è di colorito più rosso e specie alla sera è più pesante. Al mattino, tutto è scomparso. A poco a poco, però, dopo qualche mese, i sintomi si accentuano: la cianosi si fa permanente, la gamba perde la sua linea e assume un aspetto cilindroide. La p. stessa avverte che la gamba colpita è più fredda dell'altra ed il riposo notturno non ridà la normalità alla gamba come nei mesi precedenti.

Su tutta la zona affetta la palpazione fa rilevare un ispessimento dermico uniforme, che termina bruscamente nella parte inferiore con una depressione netta; la pressione digitale non lascia l'impronta: determina però un impallidimento che poi torna rapidamente di colorito roseo e successivamente cianotico.

Segno clinico negativo di grande valore è l'assenza di formazioni nodulari, per cui si distingue facilmente dall'eritema nodoso e da quello indurito.

Vi è inoltre ipercheratosi follicolare con ipertricosi. Coincidendo la cianosi sopramalleolare con la pubertà e a volte con la menopausa, si è pensato all'influenza della funzione ovarica nell'etiologia di questa affezione e da Maranon le era stato dato il nome di gamba ipogenitale in analogia alla mano ipogenitale, da lui descritta.

Levy invece, rilevando come l'ipertricosi, la cute secca, succulenta, i disturbi circolatori indichino più una perturbazione tiroidea, ha proposto la denominazione sintetica di gamba ipotiroidea.

Altri autori hanno pensato alla tiroide, altri infine, con un concetto eclettico, parlano di un disturbo neuroendocrino dovuto all'azione della tossina tubercolare sulle ghiandole endocrine e sul simpatico.

La terapia, tenendo presente il disturbo causale apparentemente endocrino, sarà basata sull'opoterapia plurighiandolare protratta; contro il dolore, la stasi circolatoria locale, la sensazione di freddo, gioverà con beneficio la diatermia addomino-plantare, come pure indicati sono i preparati vasocostrittori, ergotina, adrenalina, ecc.

Esistono altri stati di cianosi ed eritrosi degli arti inferiori, però di facile diagnosi e non così localizzati. Il problema diagnostico differenziale è interessante invece fra le tre affezioni citate, per la loro distinta natura, prognosi e trattamento.

Riassumendo si può dire che l'eritema nodoso è l'espressione di un'infezione acuta, a decorso ciclico; l'eritema indurito è l'espressione dermatologica di una tubercolosi evolutiva; la cianosi sopramalleolare è in rapporto a disturbi endocrini.

È evidente che sulla cronicità della cianosi sopramalleolare possono evoluzionare l'uno o l'altro eritema, complicando il quadro clinico e potendo originare confusione.

A. POZZI.

Ricerche sperimentali e cliniche sulla genesi e cura delle ulcere croniche trofiche dell'uomo.

(WISCHNEWSKY. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, fasc. 1-2, pag. 195, 1929).

Secondo osservazioni di Molotkow l'ulcera trofica si origina su uno stimolo che parte dal moncone centrale del n. leso. Poichè una sezione completa di un nervo non è seguìta da lesioni trofiche durature, è da ritenere che occorrano stimoli patologici sul moncone prossimale perchè si abbia « un riflesso patologenetico » (Molotkow) capace di determinare l'ulcera trofica.

L'A. ha praticato ricerche sperimentali sezionando lo sciatico e producendo, con diversi metodi, irritazioni croniche del capo centrale. Ha ottenuto così, nel 100 % dei casi, la formazione di ulcere trofiche tipiche nel territorio d'innervazione del nervo leso.

Partendo da questi risultati sperimentali e dall'osservazione clinica che dopo sezione di un nervo non compaiono lesioni trofiche, ha eseguito, in malati affetti da ulcerazioni croniche, la sezione del nervo sensitivo che provvede alla innervazione della zona lesa. Di 45 casi così trattati ha ottenuto 25 successi duraturi, 7 successi temporanei, in 13 casi non ha osservato nessun miglioramento.

Secondo l'A., questo metodo è da preferirsi alla simpaticectomia perchè considera anche questo intervento come diretto all'interruzione dell'arco riflesso, origine della lesione trofica, ma l'interruzione sarebbe solo parziale e limitata ad alcune delle fibre, mentre una gran parte a decorso differente, non vengono lese affatto. L'interruzione delle fibre centripete è invece completa e il riflesso resta abolito completamente.

Alla neurotomia l'A. fa seguire la neurorrafia dei monconi.

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. C. GUILLAUME. *L'endocrinologie et les états endocrino-sympathiques.* P. I: *Les endocrines dans la physio-pathologie clinique.* Doin edit., Paris, 1929. Fr. 25.

Questo volume che fa parte della serie delle consultazioni giornaliere edite dal Doin merita particolare considerazione da parte dei medici, cui è specialmente dedicato, per due ragioni. L'A. ha voluto dare alla esposizione della materia una forma diversa dalle abituali e tale che a scopo pratico e didattico possa meglio rispondere. In singoli capitoli riguardanti le grandi funzioni complessive dell'organismo (sviluppo, crescita, nutrizione, funzione sessuale, ecc.) viene mostrata, sulla scorta degli studi più recenti, la partecipazione del sistema delle gh. endocrine e la funzione prevalente di ciascuna ghiandola al mantenimento dell'armonico e normale svolgimento di tali funzioni. Nei casi di squilibrio di ciascuna di queste grandi funzioni organiche è più facile allora, seguendo la guida tracciata dall'A., supporre, rintracciare e successivamente riconoscere l'alterazione delle gh. a secrezione interna.

L'altra ragione che per noi conferisce merito alla pubblicazione è la prudenza con cui lA. stabilisce l'intervento delle gh. a secrezio-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ne interna nel promuovere, mantenere e turbare l'euritmia delle grandi funzioni dell'organismo. D. M.

S. Di Stefano. *Endocrinologia*. 2ª ediz. Vol. in-8° di pagg. 400. U.T.E.T., Torino, 1928.

Questa seconda edizione è stata dall'A. riveduta in tutti i suoi capitoli, i quali perciò appaiono accresciuti di nuove acquisizioni e di nuovi concetti critici e completati della letteratura degli ultimi anni.

Il libro è diviso in brevi capitoli, nei quali l'A. tratta dapprima delle connessioni anatomo- fisiologiche e patologiche fra le ghiandole sanguigne e fra esse ed il simpatico, quindi passa alla descrizione di alcune sindromi morbose più importanti di origine endocrino-simpatica.

In due interessanti capitoli poi, l'A. tratta dell'influenza predisponente e coadiuvante delle anomalie endocrine sulle malattie nervose ed i rapporti tra il sistema endocrino-simpatico e l'antropologia criminale, per poi terminare il libro con alcune interessanti considerazioni riassuntive e critiche sul rapido cammino che le dottrine endocrine e le loro applicazioni hanno fatto nella patologia umana.

A. P.

H. Elias. *Glykosurien, renaler Diabetes und Diabetes mellitus*. Un vol. in-16° di 88 pag. con 6 fig. ed una tavola. J. Springer ed., Berlin, 1928. Prezzo Mk. 2,60.

La patologia del ricambio degli idrati di carbonio è molto interessante dal punto di vista teoretico e pratico ed è esposta dall'A. in modo chiaro e convincente.

Tratta dapprima delle diverse glicosurie (alimentare, epatica, puerperale, ecc.), del diabete renale e si diffonde poi sul diabete mellito, stabilendo le basi per una esatta diagnosi ed esaminando i diversi riflessi clinici che la malattia induce nell'individuo. Passa poi al trattamento igienico, dietetico, medicamentoso ed insulinico.

Il libro corrisponde bene all'intento della collezione, che si intitola: « I libri della pratica medica ».

fil.

J. Framusan. *La cura del ringiovanimento*. Traduzione del dott. G. Prati. Ed. Garattoni, Rimini. Prezzo L. 10.

In questo volumetto sono esposte le cause che deteriorano l'organismo umano e ne determinano l'invecchiamento precoce, e sono indicati i mezzi atti ad eliminare le cause stesse.

Pregevole libro di propaganda igienica.

La traduzione è ben curata, fatta in un italiano chiaro e preciso.

Dr.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta dell'11 aprile 1929.

Contributo al trattamento cruento ed incruento delle fratture del collo chirurgico dell'omero.

G. Gianturco. — L'O. presenta cinque casi di fratture del collo chirurgico dell'omero di cui due trattati cruentemente: in tutti risultato anatomico e funzionale perfetto. Ne trae occasione per discutere minutamente gli spostamenti che subiscono tanto il frammento prossimale che quello distale; per concluderne che gli atteggiamenti di immobilizzazione debbono essere altrettanto varî: scegliendo cioè volta per volta, allo schermo fluorescente, quello più confacente al caso particolare. Mostra anche l'apparecchio da lui escogitato per questo genere di fratture e l'opportunità, in tutti quei casi in cui non si possa incruentemente ottenere una riposizione perfetta, di ricorrere alla sintesi metallica.

Osteosarcoma dell'omero di origine traumatica.

A. Rallo. — L'O. illustra il caso di un marinaio che nel settembre del 1919 ricevè nel braccio destro un forte colpo di calcio di fucile al quale segue un ascesso profondo che fu trattato chirurgicamente con svuotamento e raschiamento dell'osso. Nel 1922 su lo stesso braccio crolla un muro che produce nuova contusione in seguito alla quale si evolve nel punto preciso un neoplasma a rapido accrescimento, per il quale si fa diagnosi clinica e radiologica di sarcoma dell'omero. L'O. procedette immediatamente alla disarticolazione del braccio. I preparati istologici che l'O. esibisce mostrano chiaramente trattarsi di un sarcoma polimorfo. Dopo oltre sei anni dall'intervento il paziente gode perfetta salute. L'O. si intrattiene sul possibile contributo del trauma sulla genesi del sarcoma e sull'utilità della cura chirurgica radicale e precoce.

Un caso di "evisceratio" spontanea post-operatoria.

G. Jannelli. — L'O. riferisce un caso da lui osservato nella sua clinica privata. Avendo operato di gastro-enterostomia posteriore transmesocolica alla v. Hacker un uomo di 38 anni affetto da ulcera justa-pilorica, il paziente era guarito perfettamente per prima intenzione così che i punti erano stati rimossi al decimo giorno ed al quattordicesimo l'operato aveva cominciato ad alzarsi dal letto. La mattina del quindicesimo il paziente, avendo notato che la sua medicatura erasi improvvisamente maculata fece avvertire prontamente l'O., il quale, occorso rimosse la medicatura e, trovò la rima operatoria completamente aperta, da un estremo all'altro del taglio, e vide far capolino dalla ferita peritoneale, anch'essa aperta per tutta la sua lunghezza, una focaccetta di epiploon, che proteggeva la sutura gastro-enterica: sulla faccia superiore, del fegato, che anch'esso appariva verso la parte alta della ferita, si scorgevano alcune chiazze di una secrezione bianco-grigiastra, disposte parallelamente alla faccia mediale del legamento falciforme.

Ricondotto immediatamente in sala operatoria il paziente, si procedette subito ad un lavaggio abbondante, con soluzione fisiologica sterile tie-

pida, de' visceri apparsi a livello dell'« eviscerazio » e si suturò quindi il peritoneo con catgut. Per la sutura degli strati muscolo-tegumentari si pensò a chiudere la ferita con quattro grosse anse ad U di robusto filo di seta.

L'O. inclina a credere che nel caso da lui riferito si possa essere trattato di una deficienza della parete addominale, deficienza da mettere in rapporto con una lunga cura diatermica profonda praticata al paziente in America tre anni fa per un tentativo di guarigione dell'ulcera gastrica. F. BUONOMO LA ROSSA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 12 aprile 1929.

La puntura della milza nella anemia perniciosa progressiva. Suo valore diagnostico.

Dott. PAOLO INTROZZI. — L'O., dopo aver messo in rilievo l'importanza della puntura splenica fatta a scopo diagnostico, e dopo aver esposto la tecnica da seguirsi per l'estrazione in vivo di succo splenico, espone il quadro istologico dato dalla puntura di milza sana. Passa quindi ad esporre dettagliatamente il quadro citologico caratteristico del succo splenico di anemia perniciosa progressiva, ottenuto mediante la puntura in vivo della milza di numerosi casi di questa affezione, arrivando alla conclusione che, quando i rilievi quantitativi e qualitativi dell'esame ematologico periferico lasciano dubbi o incertezze, nella maggioranza dei casi la puntura splenica, col suo reperto caratteristico, ed in particolare colla megaloblastosi, quasi sempre dimostrabile, rappresenta l'elemento più prezioso per riconoscere la natura perniciosa dell'anemia.

Un'epidemia dissenterica da bacillo di Hiss-Russel.

L. CATTANEO. — L'O. descrive un'epidemia dissenterica da bacillo di Hiss-Russel che ha colpito gli abitanti di un grosso paese della provincia di Pavia e di cui è arrivato alla diagnosi specifica usando i terreni laccamuffati addizionati ai diversi zuccheri che servono a differenziare i bacilli appartenenti al gruppo dei dissenterici e pseudo-dissenterici.

Fa notare inoltre la rarità delle sindromi dissenteriche sostenute dal bacillo di Hiss-Russel, specialmente nella provincia di Pavia dove non ne furono mai descritte.

Sulla patogenesi della fibrechia del cuore.

Dott. RODOLFO FERRARI. — L'O. ha provocato nel cane fibrechia del cuore e, a lunga distanza di tempo, uno scompenso cardiaco sperimentale con le manifestazioni della stasi anedematica (prevalente ascite, idrotorace, edema secondario del sottocutaneo, mancanza di stasi nel circolo polmonare).

L'esame dei reperti autopsici di 105 casi umani di fibrechia del cuore e di 7 casi di morbo di Pick conferma anche pei casi umani le basi anatomopatologiche della sindrome della stasi anedematica da fibrechia del cuore.

Azione antitermica ed antipiretica del pirrolo e dei pirrilalchilchetoni.

A. RABBENO. — Il pirrolo di fronte ad una discreta tossicità dimostra un notevolissimo potere antitermico; i chetoni pirrolici invece, mentre non dimostrano nel coniglio alcun effetto tossico, conservano inalterata l'azione sulla temperatura.

Nell'acetil e propionilderivato, oltre all'azione antipiretica, si osservano effetti narcotici; nel butirril e benzoilpirrolo invece l'unico sintoma è l'abbassamento della T. L'azione antitermica di questi farmaci appare non minore di quella di antipiretici di uso terapeutico, quali aspirina e piramidone.

La cellula enterocromaffine e la cellula di Paneth in varie condizioni di dieta.

PIETRO DE FILIPPI. — L'O. ha eseguito esperienze su ratti albini nutriti per lungo tempo con diete determinate per ricercare possibili variazioni nel numero e nella forma delle cellule enterocromaffini e di Paneth; da queste esperienze risulta che con un'alimentazione esclusivamente proteica (albume d'uovo) si ha una modificazione nel numero delle cellule cromaffini; nessuna variazione si osserva nelle cellule di Paneth.

Con un'alimentazione a idrati di C non si osservano variazioni nè delle cellule di Paneth nè nelle cellule enterocromaffini.

Il Segretario: F. RICCI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 20 dicembre 1928 - VII.

Sopra un caso di edema di Quincke con iperemia emicongiuntivale bilaterale.

LUNEDEI A. — L'O. espone un caso clinico di edema acuto della faccia nel quale, oltre all'edema si notavano iperemia emicongiuntivale bilaterale (due metà esterne) e sintoma di Wojatschek sulla mucosa nasale.

Di quest'ultimo discute il meccanismo di produzione specie in base alle analogie che esso presenta con alcuni sintomi vascolari cutanei e particolarmente con le macchie di Bier.

Prospetta infine il probabile significato della presenza del sintomo di Wojatschek nel caso presentato.

Variazioni di fragilità capillare dopo la prova del laccio in alcuni stati morbosi.

E. LIESCH. — L'O. riferisce il particolare comportamento della prova del laccio osservata in due casi di endocardite lenta e di glomerulo-nefrite acuta diffusa.

Il segno del laccio positivo in una prima applicazione del laccio è diventato nettamente negativo nelle prove ripetute nei giorni seguenti.

Sulla patogenesi del morbo di Schoenlein-Henoch.

A. LUNEDEI. — L'O. esposta la sintomatologia clinica e le teorie patogenetiche del cosidetto « morbo di Schoenlein-Henoch », espone un caso clinico osservato. L'O. particolarmente si sofferma sullo speciale comportamento della prova del laccio nel suo caso e sui fenomeni di sensibilizzazione e di refrattarietà che alle prove del laccio spesse volte conseguono.

Discute infine in base a tali fenomeni, la teoria della « tossicosi capillare » nella patogenesi del morbo di Schoenlein-Henoch.

Adunanza del 21 febbraio 1929.

Calcolosi autoctona dell'uretra.

Dott. V. DE BOSIS. — L'O. premette che la calcolosi uretrale autoctona è certo più rara di quanto non sembri, per la difficoltà di escludere la migrazione dei calcoli dalla vescica. Fissa gli elementi salienti per la diagnosi e illustra un caso certamente autoctono che fu potuto controllare con la cistoscopia.

S'intrattiene su dettagli operatori.

Un raro calcolo vescicale.

Dott. V. DE BOSIS. — L'O. mostra un calcolo vescicale molto più grande d'un pugno, del peso di 650 gr. e del volume di 320 cc. Mette in rilievo la tolleranza della vescica verso un calcolo che la riempiva interamente, aderendo a tutta la sua superficie, e causando come segno principale una pollachiuria accentuata.

Produzione di tumore mammario sperimentale nella cavia con materiale neoplastico umano.

Dott. FRANCESCO PESCATORI. — L'O. ha istituito una serie di esperienze allo scopo di realizzare nell'animale sano lo « squilibrio oncogeno » servendosi di estratto filtrato di autolisati di neoplasma umano e di sostanze modificatrici dello stato normale dell'apparato reticolo-endoteliale che l'O. ritiene il mezzo fisiologico con il quale viene mantenuto il normale equilibrio ionico tissulare.

Con otto iniezioni di filtrato neoplastico praticate a giorni alterni unitamente alle sostanze modificatrici, alla base della areola mammaria di cavia, animale per solito poco soggetto a tumori spontanei e niente suscettibile agli innesti eterologhi, ha prodotto un tumore delle dimensioni di una noce, che all'esame istologico si è dimostrato costituito da abbondanti sincizi aventi disposizione e aspetto morfologico di epiteli.

Dette formazioni sinciziali certamente provenienti dagli epiteli mammari normali, sono criterio indiscutibile per la diagnosi almeno di atipia cellulare. L'apparato reticolo-endoteliale ha dimostrato una intensa reazione estesa anche al tessuto adiposo perimammario.

L'esperienza è la prima di una lunga serie tendente a dimostrare come lo squilibrio oncogeno preconizzato dal Fichera possa trovare la sua realizzazione in una alterazione del ricambio locale tissulare che particolarmente colpisce l'apparato R. E. togliendo agli elementi epiteliali l'impedimento alla realizzazione della loro energia potenziale.

P. M. N.

Accademia Pugliese di Scienze.

Presidenza: Prof. GALLERANI.

Seduta del 30 aprile 1929.

L'anatubercolina nella diagnosi della tubercolosi infanti

M. COTELLESSA. — L'O. ha usato l'anatubercolina nella diagnosi della tubercolosi infantile per via intradermica e per cutireazione, controllando le reazioni con cutireazioni alla tubercolina ed intradermoreazione alla Mantoux.

I risultati ottenuti hanno dimostrato una reazione più energica e più duratura dell'anatubercolina nei confronti della vecchia tubercolina di Koch.

Ricerche biologiche sui morfinomani.

L. QUARANTA. — L'O. in sei morfinomani ha studiato la glicemia a digiuno e dopo un pasto ricco di idrati di carbonio, il metabolismo basale è il comportamento della prova della glicosuria sperimentale. Dalle risultanze conclude che in questi pazienti esiste una minorazione della funzione glicopessica e glicolitica epatica, ed inoltre una combustione organica dello zucchero superiore alla norma. Sulla scorta di questi risultati l'O. ha tentato con risultati incoraggianti delle applicazioni terapeutiche adiuvanti i tentativi di divezzamento dall'alcaloide, somministrando per os forti quantità di zucchero.

Sull'adattamenfo statico funzionale dello scheletro.

V. MASELLI. — Porta un nuovo contributo clinico e radiologico circa la nuova direzione assunta dal trabecolato osseo dei condili femorali, risultante da adattamento statico del trabecolato alla viziata posizione assunta dall'arto.

Seduta del 28 maggio 1929.

Contributo allo studio della genesi del corpo luteo.

GIANNELLI L. e GIRONE E. — Dopo alcune considerazioni critiche sulle varie interpretazioni genetiche del corpo luteo, gli OO. espongono i risultati delle loro ricerche, con le quali viene consolidata la più antica delle teorie, quella cioè della genesi connettivale.

Il materiale di formazione del corpo luteo va per gli OO. ricercato esclusivamente nella teca interna del follicolo sia per quanto riguarda la parte nobile del corpo luteo stesso, rappresentata dalle cellule luteiniche, sia per quanto riguarda l'intelaiatura scheletrica connettivo-vascolare, in mezzo alla quale quelle cellule sono contenute.

Distribuzione degli isolotti di Langerhans negli uccelli carnivori.

GIRONE E. — Sulla ripartizione delle isole di Langerhans nel pancreas degli uccelli carnivori ha posto in evidenza la disposizione caratteristica di quelle isole che prevalentemente si riscontrano nella porzione giusta-splenica.

Herpes Zoster in polinevritico, operaio della seta artificiale.

INSABATO L. — Illustra un caso di Herpes Zoster dei dermatomi secondo e terzo lombare in un operaio della seta artificiale. Il caso è interessante sia perchè porta un contributo allo studio della patologia dell'intossicazione da solfuro di carbonio, sia per le caratteristiche neurologiche da cui era accompagnato (polinevrite) e per la rarità degli Herpes Zoster negli arti inferiori. Si aveva anche un debordamento delle vescicole erpetiche dall'altro lato della colonna che l'O. ha spiegato con due plausibili ipotesi, quella della bilateralità della zona e quella dello sfioccamento oltre la linea mediana di ramoscelli nervosi cutanei appartenenti al dermatoma zosterico.

Un altro metodo di pireto-terapia chimica nella P. P. ed in altre malattie mentali.

INSABATO L. — L'O., dopo aver reso conto dei risultati della malarioterapia e del trattamento con lo stovarsolo sodico e col vaccino dell'ulcera molle nella paralisi progressiva e altre forme neuro-luetiche, descrive un nuovo metodo di terapia piretogena con le iniezioni sopraperiostali di olio solforato al centesimo (Sulfosin Leo) metodo proposto da Knud Schroeder e adoperato con successo da Markuse e Kallmann.

I risultati ottenuti nell'Istituto privato « Villa Igiea » sarebbero assai incoraggianti.

Sul preteso differenziamento tra B. coli fecale e B. coli saprofitico.

SIMONETTI F. — Questo concetto affermato da alcuni batteriologi americani in base al vario potere acidificante dei mezzi liquidi glucosati, viene dall'O. dimostrato insussistente in base alle sue osservazioni concludendo che non è possibile mediante il criterio dell'acidificazione reso manifesto col rosso di metile tale distinzione poichè tutti gli stipiti colibacillari isolati dall'ambiente esterno si comportano in modo identico a quelli isolati dalle feci.

Sulla terapia endorachidea della neurosifilide.

RIQUIER G. C. — L'O. con precedenti ricerche ha dimostrato che il tartrobismutato di sodio e di potassio in sospensione oleosa (Trepol) e ben tollerato dallo spazio sottoaracnoideo anche a dosi discretamente elevate, si diffonde all'encefalo ed è assorbito in modo lento; con l'odierna comunicazione dà conto dei rilievi fatti in un primo gruppo di tabetici e di paralitici progressivi sottoposti al trattamento intraspinale.

I fatti osservati confermano la innocuità del procedimento e ne documentano la rapida influenza modificatrice sulla composizione del liquor (riduzione della linfocitosi e del tasso dell'albumina) e su alcuni dei sintomi clinici (cessazione di crisi dolorose e di accessi epilettiformi).

Il Segretario: Dott. L. QUARANTA.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 6 febbraio 1929.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

La peristalsi aritmica dello stomaco è un sintomo costante dell'ulcera duodenale?

Prof. M. LAPENNA. — L'O. con la esecuzione di diaframmi comparativi dei contorni gastrici osservati radioscopicamente, disegnati successivamente, ha potuto notare che nell'ulcera duodenale il diagramma assume un aspetto particolare, caratterizzato da un decorso disordinato, tumultuoso, aritmico; le linee del diagramma non riproducono, cioè, la caratteristica insenatura (pseudosfintere) preantrale.

Osservando numerosi altri casi di ulcera duodenale l'O. ha potuto sempre constatare questo identico reperto radiografico, e affaccia l'ipotesi (che non potrà essere confermato se non da una statistica larghissima di ulceri confermate anatomicamente) che il segno « aritmia peristaltica » rivelato dal diagramma sia un sintomo costante in questa forma morbosa é venga quindi ad assumere una particolare importanza dal punto di vista della diagnosi radiologica.

La coledoco-duodenostomia transduodenale.

Prof. G. PIERI. — Nei casi di recidiva di litiasi biliare dopo l'intervento (colecistectomia e drenaggio dell'epatico) all'O. è sembrato che la migliore soluzione al problema sia quella proposta recentemente da Mozkowicz (1927) di praticare la anastomosi coledoco-duodenale attraverso il lume duodenale, al disopra della papilla, il che realizza una apertura valvolare dalla quale la bile infetta e i calcoli che ulteriormente si formassero scendono agevolmente nel duodeno.

L'O. ha usato questa tecnica in tre malate con pieno successo.

Una donna di 62 anni operata nel marzo di colecistectomia e drenaggio dell'epatico attraverso il lume coledocale (cistifellea e coledoco erano pieni di calcoli), ricominciò dopo 10 mesi a soffrire, per cui nel marzo 1928 l'O. praticò la coledocoduodenostomia transduodenale; il coledoco conteneva bile mista a pus e a pulviscolo biancastro. Seguì guarigione che si mantiene.

Una donna di 43 anni operata nel gennaio 1928 per litiasi della cistifellea e del coledoco ebbe di nuovo dolori nell'agosto, per cui s'intervenne di nuovo e si trovò un grosso calcolo incuneato nella papilla, il cui sbocco era fortemente stenosato. Alla coledocoduodenostomia seguì cessazione dei disturbi.

La terza malata, che l'O. presenta all'assemblea, è una donna operata nel luglio 1928 e rioperata per recidiva dei sintomi nel gennaio u. s.; si trovò nella papilla un calcolo che fu estratto attraverso la incisione duodeno-coledocale.

Nei due ultimi casi l'O. ha semplificato la tecnica di Mozkowicz, nel senso che non fece precedere, per il riconoscimento del coledoco, una coledocotomia sopraduodenale con introduzione di una sonda dall'alto al basso: il calcolo incuneato nella papilla colla sua durezza, servì ad identificare il coledoco attraverso il lume duodenale aperto con incisione anteriore.

Litiasi biliare nell'infanzia.

Dott. C. AGNOLI. — Riferisce il caso di un bambino di 11 anni, che da venti giorni accusava dolori vivissimi, localizzati nel quadrante superiore destro dell'addome, a tipo quasi continuo, con lievi remittenze; negli ultimi giorni insorse vomito. Obbiettivamente, oltre l'evidente stato di sofferenza del paziente, che si contorceva sul letto, vivo dolore alla palpazione e difesa nell'ipocondrio destro.

Il giorno 7 gennaio venne operato (prof. PIERI) in eteronarcosi; incisione transversale nell'ipocondrio destro; la cistifellea, che è molto ingrossata e contiene calcoli, viene asportata. Drenaggio nel letto cistico. Seguì normale guarigione.

La cistifellea ha una parete ispessita, con sierosa edematosa e mucosa color rosso scuro, e contiene una trentina di calcoli biancastri di varie dimensioni (al massimo come un nocciuolo di ciliegia), che l'esame chimico dimostrò costituito da colesterina.

L'O. presenta il pezzo asportato e illustra la questione della rarità della colelitiasi nell'infanzia.

Dieci anni di pratica di pneumotorace artificiale.

Prof. L. MANINI. — In dieci anni l'O. ha praticato la cura del pneumotorace in 411 malati di tubercolosi polmonare, ottenendo i seguenti risultati:

Risultato buono in 110 malati (27 %): miglioramento progressivo delle condizioni del malato fino a raggiungere in buon numero di casi una vera guarigione clinica; il buon risultato fu ottenuto anche in alcuni casi in cui per la presenza di aderenze si era verificata una compressione solo parziale del polmone.

Risultato mediocre in 117 malati (28 %): si ottenne solo un miglioramento nelle condizioni generali tanto da consentire una sopravvivenza più lunga. Ostacoli a un risultato migliore furono, o la comparsa di versamento pleurico dallo stesso lato o dal lato opposto, o il rendersi evidenti i segni di una lesione polmonare anche dal lato opposto.

Risultato negativo in 146 malati (36 %): il pneumotorace fu dovuto sospendere per la nessuna influenza favorevole ottenuta.

Di 38 malati (9 %) non si può dare notizia perchè perduti di vista poco dopo l'inizio della cura.

L'O. riferisce i dettagli di tecnica, e i suoi criteri per la cura pneumotoracica: rifornimenti non troppo distanziati, quantità di gas modica, ecc. I risultati negativi migliorerebbero ancora associando al pneumotorace, più frequentemente che non si faccia, la resezione del frenico e il distacco delle aderenze secondo JACOBAEUS.

Contributo alla terapia del distacco di retina.

Dott. G. FERRARI. — L'O. riferisce su tre casi di distacco di retina curati col metodo Surdille: punture multiple sclerali con svuotamento del liquido sottoretinico, perforazione della retina staccata e iniezione sottocongiuntivale di una soluzione irritante capace di favorire, con un processo reattivo chimico infiammatorio, l'adesione della retina.

Dei tre casi curati con tale metodo l'O. ha avuto un successo completo e due successi parziali.

Cirrosi epatica in una bambina di 13 mesi.

Dott. P. VINANTI. — Nella letteratura medica non si ricordano casi di cirrosi epatica atrofica nei primissimi anni di vita.

Una bambina di tredici mesi, nata da parto regolare, stette bene fino a 15 giorni prima del suo ricovero in Ospedale, quando cominciò a presentare un po' di vomito e di diarrea, modiche elevazioni di temperatura, aumento progressivo di volume del ventre, e infine edemi agli arti inferiori e alla faccia; l'addome tumido con reticolo venoso sottocutaneo evidente, non alterazioni semiologiche rilevabili agli organi ipocondriaci, scarso liquido libero nell'addome, edemi alla faccia, agli arti inferiori, ai genitali esterni. Esame delle orine negativo. Polmoni e cuore sani.

Praticata la paracentesi, con fuoruscita di un litro di liquido (lievemente torbido, con Rivalta negativo, albumina 2 %) si ebbe la morte della bambina 6 ore dopo.

All'autopsia si trovò un fegato piccolo, duro, di colore screziato, giallo-rossastro, in cui l'esame microscopico dimostrò abbondante neoformazione connettiva perilobulare, con strozzamento dei vasi sanguigni perilobulari, e infiltrazione intensa, e degenerazione grassa verso il centro dei lobuli Milza ingrandita e dura. Grande dilatazione delle vene mesenteriche ripiene di sangue puro. Timo molto piccolo.

Dott. G. LOCATELLI, *Segretario.*

Riunioni Medico-Chirurgiche-Radiologiche del Centro di Studio dei Tumori.

Seduta del 25 maggio 1929 - VII (Torino).

Il prof. M. DONATI ha comunicato sopra un caso di *Estirpazione totale dell'orbita per recidive di epitelioma.*

Il prof. A. CANELLI sopra *Una rara alterazione epatica che può simulare il cancro.* Il caso è stato accuratamente studiato e descritto dall'O. che ha potuto formulare la diagnosi in vivo con la consulenza del prof. Micheli. Si trattava di una degenerazione cistica del fegato che poi ebbe anche il controllo dell'autopsia.

Il dott. GUIZZA comunicò *Sulla prova della virulenza dello streptococco nell'operazione per cancro dell'utero* riferendone buoni risultati. Nella discussione il prof. DONATI e il prof. UFFREDUZZI fecero considerare la convenienza che si ha spesso di drenare accuratamente il campo operatorio, in questa operazione, e il prof. ANDREI espose varie considerazioni per le quali ritiene che la prova della virulenza dei germi, com'è abitualmente ricercata, non dia risultati attendibili.

Il dott. DAVANZO comunicò sulla *Sierodiagnosi del cancro e labilità colloidale* esponendo i risultati su un metodo di disagio refrattometrico delle globuline. Nella discussione il prof. BROSSA ricordò che i metodi di determinazione della labilità colloidale, tra i quali quello da lui proposto con BOZZOLO, sono condizionati anche da altri fattori oltre quello di aumento di globuline.

Il prof. MICHELI ricordò che la labilità colloidale pur essendo un sintomo sicuramente non specifico può essere tuttavia utile qualora si possano escludere le altre condizioni morbose che possono darlo; ritiene che siano preferibili i metodi di più semplici quale quello di Brossa e Bozzolo.

Il prof. PESCAROLO parlò sulla *Febbre nei tumori maligni.* Egli espose numerose osservazioni personali, talune delle quali interessantissime con cessazione della febbre dopo esportazione o irradiazione del tumore e ripresa della febbre assieme alla ricomparsa delle recidive del tumore. L'O. ritiene che possa esistere febbre nei tumori anche indipendentemente da fenomeni infiammatori secondari e da fatti di necrosi. Anche il prof. MICHELI ritiene che la febbre possa esistere benchè spesso i casi clinici, a seconda delle varie localizzazioni tumorali, possano offrire interessanti discussioni sull'origine della febbre stessa.

CIPRIANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'importanza degli ascaridi in patologia umana.

Agli ascaridi, si era attribuita un tempo una grande, eccessiva importanza nella genesi di molte malattie. In seguito, si vennero considerando soltanto come degli ospiti, più o meno incomodi, ma senza notevole significato patologico. Nuove osservazioni dimostrano invece che essi hanno una parte importante nella genesi di molte sindromi.

Le note esperienze di Koino, che ha ingerito 2000 uova di ascaridi e ne ha avuto, in conseguenza una polmonite febbrile, con emissione di larve negli sputi, dimostrano che si possono avere delle affezioni polmonari durante il primo stadio di soggiorno nell'organismo umano.

Ma altri disturbi essi possono provocare dopo il loro arrivo nell'intestino. Anzitutto, per la sola loro presenza; nei bambini, si hanno fenomeni irritativi, come prurito, inappetenza, costipazione o diarrea, coliche, asma, crisi epilettiformi, irritazioni meningee, manifestazioni spiegate con l'azione tossica o semplicemente meccanica. L'azione tossica è provata dall'esistenza di dermatiti, di congiuntiviti, di eosinofilia.

Talvolta le larve sono anche state trovate nella sostanza cerebrale. Ma è soprattutto il verme adulto che manifesta la sua tendenza agli spostamenti e può quindi trovarsi nei più diversi punti; si citano casi tragici di bambini morti durante la narcosi per soffocazione da parte di un ascaride introdottosi in trachea.

Questi nematodi hanno tendenza ad introdursi nei canali stretti; si sono trovati nel coledoco, nel canale del Wirsung ed hanno quindi una parte importante nella patologia del fegato, del pancreas, delle vie biliari, dell'appendice. In riguardo a quest'ultima, è da notarsi che gli ascaridi hanno piuttosto tendenza a dare una pseudo-appendicite, che finisce con la scarica dei vermi; purtroppo però, non è sempre facile la diagnosi differenziale clinica; in un caso di Askanazy (*Revue méd. de la Suisse romande*, 25 aprile 1929) si è trovato un focolaio infiammatorio in una appendice estirpata che conteneva delle uova di ascaridi. La giovanetta, oggetto di tale osservazione, morì poco tempo dopo e non è improbabile ritenere che i vermi rimasti nell'intestino abbiano provocato l'esito fatale, sia agendo sulla ferita operatoria, sia esaltando la flora intestinale.

Raramente, si sono veduti gli ascaridi uscire dall'orecchio o dai canali lacrimali.

Fra i disturbi meccanici provocati dagli ascaridi, sono da citarsi le occlusioni intestinali date dalla massa dei vermi e l'invaginazione intestinale per le contrazioni spastiche nel punto in cui essi si trovavano.

L'A. ha anche osservato due casi di peritonite consecutiva a perforazione dell'intestino, nel quale non si trovava niente di patologico, salvo la presenza di ascaridi; il forame si trovava in una regione dove era anche un'ulcera catarrale apparentemente preesistente.

Ancora più enigmatici si presentano i casi in cui gli ascaridi si trovano in ascessi che non interessano affatto il tubo digerente. Si sono trovati, p. es., in un ascesso retroperitoneale del bacino consecutivo a coxite. Sono necessarie esperienze ulteriori per vedere se gli ascaridi sono attirati dalle raccolte purulente.

Vi sono inoltre dei granulomi di apparenza tumorale, che sono provocati dagli ascaridi o dalle loro uova.

Si vede, quindi, che il quadro delle affezioni patologiche dovute agli ascaridi è considerevole e merita tutta l'attenzione del medico.

fil.

Gli ossiuri nell'etiologia dell'appendicite.

Ssolowjew (*Mitteilungen aus den Grenzgebiten der Medizin und Chirurgie*, 1928, n. 1) espone le sue ricerche sistematiche intese ad accertare la presenza degli ossiuri in 144 appendici appartenenti ad individui operati perchè sofferenti di sindromi appendicolari.

Ha riscontrato gli ossiuri in 67 appendici ossia nel 45.53 % dei casi, cifre che corrispondono a quelle date da altri autori che hanno fatto ricerche analoghe.

Gli ossiuri erano spesso raggruppati all'ingresso dell'appendice, il che confermerebbe l'ipotesi che essi cercano di abbandonare l'organo a misura che l'appendice si raffredda.

I parassiti si applicano, come accade alla mucosa del colon, anche alla mucosa dell'appendice, e si nutrono del sangue stravasato per difendersi in conseguenza dell'azione d'un fermento secreto dagli ossiuri stessi.

Le lesioni che si riscontrano sono: erosioni accompagnate di solito da un frammento di mucosa tagliata a forma di cono dall'estremità cefalica dei parassiti. Queste erosioni possono penetrare fino alla sottomucosa, ed anche alla muscolare ed alla sierosa, il che spiega come gli ossiuri si trovino talvolta nel peritoneo. In certi casi gli ossiuri si trovano dentro i follicoli linfatici.

È ovvio che tutte queste lesioni possono essere il punto di partenza di un'appendicite.

Nelle appendici esaminate l'A. ha trovato una volta un tricocefalo che era penetrato nella sottomucosa e provocata un'infiltrazione purulenta, sedici volte peli, nove volte grani diversi, undici volte calcoli stercoracei, cinque volte spine di pesci.

Tutti questi corpi estranei erano più frequenti quando contemporaneamente erano presenti gli ossiuri.

Dr.

CASISTICA.

La diagnosi differenziale della febbre tifoide iniziale.

Evidentemente, l'emocoltura è il metodo più sicuro di diagnosi ma, come osserva R. Le Clerc (*La Presse médicale*, 6 aprile 1929) essa è spesso negativa quando la temperatura non oltrepassa 39°,5 e, d'altra parte, la risposta del laboratorio non può aversi se non dopo tre giorni e non è sempre possibile in tutti i luoghi procedere a tale ricerca.

È quindi necessario utilizzare, per la diagnosi, i dati della clinica.

La diagnosi differenziale dovrà farsi essenzialmente con le seguenti malattie.

Appendicite, specialmente nei bambini e ragazzi. Depongono in favore della tifoide: 1) il polso relativamente lento, per la temperatura, e dicroto; 2) la splenomegalia, spesso iniziale (nel bambino, determinarla con la palpazione e la percussione); 3) la dolorabilità alla fossa iliaca destra che è talora esagerata dagli individui giovani ma che, se la palpazione è fatta con prudenza, non appare molto forte, se si tratta di tifoide; la sua persistenza, dopo l'applicazione di una vescica di ghiaccio deve far pensare all'appendicite; 4) la leucocitosi che esiste nell'appendicite (12.000 e più), mentre nella tifoide si ha leucopenia (6000 leucociti e meno). Sono invece ingannatori i segni della *facies*, dello stato delle feci, dell'ascensione termica.

Peritonite da pneumococco. Questa, all'inizio, fa pensare all'appendicite ma, in seguito, la persistenza della diarrea, lo stato tifoso, la temperatura elevata fanno pensare invece alla tifoide. In tal caso è importante soprattutto l'esame delle feci: il colore verde-spinaci, il meteorismo e la difesa addominale depongono per la peritonite.

Osteomielite delle ossa lunghe. Senza causa nota e senza trauma apprezzabile, si vede comparire in un adolescente uno stato tifoso, con diarrea, abbattimento, delirio, cefalea. La palpazione dell'epifisi malata (estremità superiore della tibia, inferiore del femore) strappa un grido di dolore anche al malato delirante e mette sull'avviso. Non bisogna dimenticare che la tifoide, all'inizio, può accompagnarsi a dolori articolari; la diagnosi è importante perchè, in presenza di osteomielite, porta a decisione operatoria.

Meningite cerebro-spinale. In entrambi i casi si possono avere: stato tifoso, reazione meningea, con Kernig, cefalea, vomiti, epistassi, diarrea, aumento di volume della milza. La presenza di *herpes labialis*, di eruzione purpuriforme, di dolori articolari orienta la diagnosi verso una setticemia e verso la meningite da meningococchi; si deve allora ricorrere alla puntura lombare, da ripetersi eventualmente diverse volte.

Polmonite franca. La difficoltà di diagnosi con questa, si ha soprattutto per i bambini; in generale, però, nella polmonite si ha presenza di *herpes labialis*, di tachipnea sia pure leggera (esaminare il malato durante il sonno), la facies piuttosto colorata. In casi dubbi, l'A. consiglia l'esame radioscopico.

fil.

Le ulcerazioni orali o di Bouveret nella febbre tifoide.

Bouveret aveva descritto delle ulcerazioni del cavo orale nella febbre tifoide.

Queste ulcerazioni si presentano sui pilastri anteriori del palato molle, da uno o da entrambi i lati; talora si osservano anche alla base dell'ugola, sulla lingua, sulla mucosa del cavo orale. Esse si presentano a forma ovalare, della grandezza di 1-2 cm. con margini netti, fondo piatto, di colorito biancastro o bianco-grigiastro, non sanguinante se raschiato.

Chalier e Levrat (*Presse Méd.*, n. 59, 1928) hanno osservato queste ulcerazioni nel 13 % dei tifosi; esse compaiono durante la seconda settimana, durano 1-2 settimane, e poi guariscono. Sono indolori, non disturbano la deglutizione, e passano talora inosservate.

Sono in rapporto con la gravità della malattia, specialmente allorchè vi sono emorragie e perforazioni intestinali; bisogna pertanto considerarle come indice di gravità.

Carusi.

Infezione dell'uomo da B. abortus Bang.

C. Prausnitz (*Mediz. Klinik*, n. 4, 1929), tracciato un rapido quadro della febbre di Malta, e ricordata la prima comunicazione di Bang sulla scoperta di un bacillo, a cui dette il suo nome, quale agente dell'aborto epidemico nelle giovenche (1896), riferisce le prime casistiche che furono raccolte, sopratutto negli Stati Uniti d'America, su questa malattia.

Essa, quando colpiva l'uomo, presentava un quadro simile a quello della febbre di Malta: sebbene non rarissima, tuttavia fu considerata fino al 1928 come un'evenienza non frequente.

Invece l'anno passato il danese Kristensen ha dimostrato ben 89 casi raccolti in soli 9 mesi, e soltanto in Danimarca: in tutti i casi il siero presentò una deviazione del complemento con estratti di cultura del bac. di Bang, e un'agglutinazione più o meno alta con culture pure.

In 13 casi l'emocoltura riuscì positiva per il b. Bang.

La sintomatologia ricorda quella del tifo; non è stato ancora accertato se il b. eserciti la sua azione abortiva anche sulle donne.

Nell'anamnesi si trova sempre il contatto con vacche infette, e l'uso del loro latte non

bollito; questo dato di fatto ha un indiscutibile valore epidemiologico.

L'uso terapeutico del vaccino di b. Bang ha dato ottimi risultati. È raccomandabile la ricerca della sieroagglutinazione per il Bang in tutti i sospetti di tifo.

È infine assolutamente necessaria e perfettamente efficace, la pasteurizzazione del latte e dei suoi derivati (burro, ecc.), prima che siano usati.

Va ricordato che la malattia è stata oggetto di molte e pregevoli ricerche in Italia.

V. SERRA.

TERAPIA.

Come prescrivere il regime vegetariano ad un malato.

È antica la conoscenza dell'importanza che ha la psiche sulla digestione; è quindi compito del medico di apprestare le vivande meno appetitose in maniera da renderle gradevoli e bene accette al malato.

Condizione essenziale da parte del medico è di comporre delle liste di vivande varie, e, come si esprime pittorescamente Pozerski (*Presse Méd.*, 16 febb. 1929) in modo che ogni piatto sia una piccola sinfonia gastronomica.

L'A. dà qualche consiglio sulla preparazione di alcune vivande; così le patate fritte non vanno presentate mai sole, ma accompagnate con insalata.

Qualche ricetta culinaria: patate al crescione; zucchini arrostiti; pomodori alla crema con purée di legumi; riso con funghi ecc.

Ecco un intero pranzo vegetariano di legumi: brodo di riso, radicchio fritto, funghi arrostiti con crescione, piselli con crema, formaggio fresco, torte di ciliege, frutta.

Bisogna astenersi dal suggerire le vivande, di cui non si sa consigliare il modo di cuocerle in maniera che siano gradite al gusto; anzi bisognerà che il medico l'abbia già precedentemente mangiate. In seguito il malato stesso cercherà di variare la lista, e diventerà non il solito paziente ostile, ma un malato che ha fede nel suo regime alimentare.

CARUSI.

I brodi di legumi.

Si usano abitualmente le formule di Méry e Comby:

Patate	g.	40
Carote	»	45
Navoni	»	15
Piselli secchi	»	6
Fagioli secchi	»	6

Far bollire per 4 ore in un litro di acqua. Passare il liquido attraverso tela, gettare i legumi e portare ad un litro con acqua bollita.

Frumento, orzo perlato, granoturco spezzettato, fagioli, lenticchie, piselli, di ciascuno 30 grammi (un cucchiaio abbondante). Far bollire per 3 ore in 3 litri di acqua, filtrare, riportare a 3 litri con acqua bollita.

Dopo cottura, tali brodi si salano con 5 grammi di sale per litro. Debbono essere rinnovati ogni giorno.

Tali brodi possono essere usati per la preparazione di brodi maltati. In 200 grammi, si stemperano un cucchiaino da caffè od un cucchiaio (secondo l'età) di crema di riso e si fa cuocere per 20 minuti a fuoco lento. Si ritira il recipiente dal fuoco per due minuti, si aggiunge il malto e, quando si è ottenuta la liquefazione, si mette al fuoco per distruggere l'eccesso di malto, portando ad ebollizione.

fil.

Lesioni intestinali da clisteri saponosi.

H. Runge e H. Hartmann (*Klin. Wochens.* e *Rev. espan. de med. y cirugia*, giug. 1929) hanno osservato che le soluzioni di sapone frequentemente usate per la provocazione dell'aborto provocano spesso gravi lesioni dell'utero col quadro della peritonite, per cui si deve procedere all'intervento operativo, durante il quale si scoprono necrosi profonda della mucosa e trombosi vascolare.

In considerazione di tali reperti, hanno anche esaminato se i clisteri saponosi usati da tanto tempo per aiutare l'evacuazione intestinale hanno effetti nocivi. Ed hanno veduto, di fatto, sia negli animali che nell'uomo, che essi nella forma consueta possono dare gravi ulcerazioni, dimostrate istologicamente negli animali e mediante la ricerca di sangue occulto nelle feci, per l'uomo.

In base a tali osservazioni sconsigliano l'uso di detti clisteri. *fil.*

Un intervento semplice nella cura dell'ulcera peptica digiunale.

Kelling (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 153, pag. 594) osserva come nella genesi dell'ulcera peptica postoperatoria avrebbero grande importanza alcune alterazioni meccaniche, come la stenosi della neostomia e gli stiramenti dell'ansa anastomizzata.

In questi casi si produce un ristagno gastrico e in conseguenza un aumento molto notevole dei valori acidi e del periodo di secrezione gastrica.

Invece di ricorrere a interventi demolitivi estesi il Kelling pratica in questi casi una incisione verticale sulla stomia; escide dall'interno l'ulcera suturando poi i margini della breccia che ne residua. L'incisione verticale viene poi suturata in senso trasversale in modo da ottenere una stomia sufficentemente ampia.

I risultati a distanza sono ottimi.

VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della vitiligine. — All'abb. n. 2500:

Contro la vitiligine non c'è gran che da fare. L'arsenico, per le sue proprietà pigmentogene, trova la sua indicazione: esso però se può modificare in qualche modo l'acromia della chiazza vitiligoidea può anche rendere più manifesta l'ipercromia dei tratti cutanei circostanti alle chiazze stesse.

Le cure opoterapiche sono consigliabili in quei casi in cui si possa pensare alla influenza di disturbi endocrini e così quelle antiluetiche quando vi sia il dubbio di un legame con la sifilide. È bene in ambedue i casi non ripromettersi grandi risultati.

Localmente si consiglia l'uso di sostanze esfoglianti e di mezzi decoloranti sulle parti periferiche ipercromiche per attenuarne il contrasto con le chiazze acromiche (soluzione alcoolica di sublimato 1 %).

V. MONTESANO.

Concorsi. — Al dott. P. B., da L.:

1. Gli esami di concorso ai posti di coadiutore e direttore nella sezione medico-micrografica dei laboratori provinciali di profilassi e di igiene constano di:

a) una prova scritta riguardante la epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive, di quelle parassitarie e di quelle da origine alimentare;

b) tre prove pratiche riguardanti la microscopia, la batteriologia e la parassitologia applicata all'igiene; la istologia normale e patologica; la fisica tecnica e la chimica applicata alla igiene;

c) una prova orale sulle materie delle prove pratiche e di quella scritta e sulla legislazione sanitaria.

Per avere i programmi particolareggiati può rivolgersi alla Libreria dello Stato.

Corsi di addestramento in proposito si sono talvolta trovati presso Istituti di igiene universitari.

2. Le condizioni di ammissione ai concorsi per direttore dei dispensari antitubercolari sono stabilite caso per caso dai bandi di concorso.

Un corso preparatorio è tenuto presso l'Istituto « Mussolini », Clinica per le malattie tubercolari in Roma (direzione: piazza Venezia, 11). C.

Al dott. I. N., da B.:

Il romanzo « Jérome, 60° latitude Nord », pubblicato dal dott. MAURICE BEDEL e di cui demmo notizia lo scorso anno (p. 839), è edito dalla Librairie Gallimard (rue de Grenelle 3, Paris-VII; prezzo fr. 12). È giunto al 200° migliaio.

Non ha contenuto medico, ma sociale: l'A. tende a provare che la famiglia francese, in cui viene sempre più tollerato l'adulterio, ma in cui è relativamente raro il divorzio, è molto superiore alla instabile famiglia dei paesi scandinavi, ove si legalizza e si mette in pratica l'amore libero.

V.

VARIA.

Riabilitazione del rospo in terapia.

Per molte generazioni il rospo venne ammannito a scopi terapeutici, sotto molte forme, in Europa e sovratutto in Oriente. Se ne usavano il corpo polverizzato e il veleno. Kang Mu, in Cina, nel 1596, lo raccomandava localmente per le ulcere cancerose, i mali di denti, le infiammazioni ed emorragie gengivali, le sinusiti; internamente contro i raffreddori. J. Schroeder, nel *Thesaurus Pharmacologicus* (Leida, 1672), lo prescriveva nell'idropisia, nell'epistassi e altri mali.

Ora K. K. Chen e H. Jenson (*Journ. Amer. Pharmaceutical Assoc.*, mar. 1929) hanno scoperto che il rospo contiene colesterolo, con 2 % di ergosterolo; accanto alla bufagina, hanno accertato un altro veleno, più attivo, azotato; infine, sulla guida dell'uso che se ne faceva nell'antica Cina contro le emorragie gengivali, hanno trovato che contiene epinefrina.

Così, ancora una volta la scienza viene a sanzionare ed a giustificare l'empirismo.

(*Amer. Med.*, apr. 1929). O. F.

Il veleno delle api come rimedio.

Ci siamo più volte occupati dell'applicazione terapeutica del veleno delle api. Finora però, tali applicazioni si facevano con le api in natura. L'industria farmaceutica tedesca però ne ha fatta una specialità, lanciandola col nome di Apicosan, che è un prodotto iniettabile, il quale avrebbe il vantaggio di essere privo di albumina e, quindi, di non provocare anafilassi e di non dare emolosi.

K. Wasserbrenner (*Wiener med. Wochens.*, 30 ag. 1928) ha sperimentato tale prodotto su 121 pazienti, per mezzo di iniezioni sottocutanee, endomuscolari e intracutanee, usando per le prime cmc. 0,2-1 e, per le seconde, cmc. 0,2-0,5. Con queste, si hanno i migliori risultati e si ha anche una reazione locale, cessata la quale, le iniezioni si possono ripetere

L'A. avrebbe ottenuto buoni effetti nelle sciatiche e nelle neuralgie reumatiche, meno buoni nelle artriti croniche e scarsi nelle monoartriti, specialmente in quelle che sono in dipendenza col climaterio. Nessun effetto si ebbe nell'artrite deformante *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

QUESTIONI UNIVERSITARIE.

L'insegnamento medico in Francia.

Con questo titolo, a cura de « La Presse Médicale » e dell'« Association pour le développement des relations médicales », è stato pubblicato un opuscolo breve, ma ricco di notizie, esposte con ordine, con semplicità ed evidenza.

È prezioso per noi italiani specialmente in questo momento nel quale si è discusso molto, e forse si sta lavorando, intorno alla riforma degli studi medici.

Vogliamo elencare semplicemente qualche speciale condizione che si differenzia dal nostro ordinamento.

In Francia esistono due *Diplomi*: l'*Universitario* e quello *di Stato*. Non v'è tra essi differenza di studi nè successione di prove. Al secondo (*di Stato*), che autorizza l'esercizio professionale, concorrono i nazionali o nazionalizzati, senza facilitazioni per stranieri; al primo (*Universitario*), che rappresenta un titolo accademico, sono ammessi anche gli stranieri però con valutazione oculata delle equipollenze di studi. Facilitazioni speciali sono concesse a *Stati amici*.

Per studenti stranieri v'è l'immatricolazione come *studente libero*.

Il corso di medicina è preceduto da un anno di studi *fisici*, *chimici* e *naturali*: il certificato di questo corso è documento indispensabile per iniziare i corsi di medicina, che durano 5 anni.

Gli insegnamenti sono distinti in teorici, pratici e clinici, svolti secondo un ordine prestabilito e programmi *dettagliati*, presentati dal decano al rettore. La loro esecuzione è sorvegliata dal rettore coadiuvato dalla Commissione studentesca. Pochi sono i corsi teorici; i corsi pratici importano esercitazioni di laboratorio; i clinici frequenza in determinate sezioni ospitaliere.

L'assistenza alle cliniche di specialità, è limitata a 2 mesi. L'insegnamento della medicina e chirurgia generale (ivi comprese la patologia e l'anatomia patologica) è ripartito in 3 anni.

Gli esami sono annuali, complessivi; comprendono prove pratiche e orali. È necessario superare gli esami di un anno per essere iscritto al successivo.

Esistono esami speciali soltanto per le 3 cliniche, medica, chirurgica e ostetrica, e consistono ognuno di 3 prove.

La tesi può essere presentata in qualsiasi momento dopo compiuti gli esami prescritti: il giurì è composto di 4 membri.

Per il diploma di chirurgo-dentista occorrono 5 anni, con esercitazioni e tirocinio speciale nella scuola dentaria.

I corsi dei professori ufficiali non sono obbligatori: possono essere sostituiti da quelli degli *agregés*.

I corsi di perfezionamento tenuti alla Facoltà variano da un anno all'altro a seconda il criterio degli insegnanti.

Esistono molti corsi speciali, anzi anche scuole speciali, ma la frequenza ne è libera; non comportano esami particolari.

Il volume descrive tutte le istituzioni universitarie di Parigi e delle altre città. Notevole è la distinzione tra *Facoltà* e *Scuole*. Queste insegnano 3-4 o anche i 5 anni di corso, ma non rilasciano diplomi: sfollano le *Facoltà*.

V. ASCOLI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

La legislazione e l'organizzazione sanitaria per la lotta contro la malaria in Italia.

A. Labranca, di cui sono noti gli studî e le benemerenze nel campo della malariologia e che è ora capo del Servizio igienico generale alla Direzione generale della Sanità pubblica, ha tenuto una conferenza sulla legislazione e l'organizzazione contro la malaria in Italia, agli inviati della Società delle Nazioni, che compivano in Italia un viaggio d'istruzione. Tale conferenza, riportata integralmente in *Rivista di Malariologia* (1928, n. 5), dà una chiara idea delle provvidenze legislative e dell'intensa lotta che il nostro Paese combatte contro il secolare flagello e riteniamo perciò utile farne conoscere i punti essenziali. (1).

La malaria ha avuto in Italia un'importanza storica di primo ordine esercitando la sua influenza anche sugli eventi politici. Intensa e viva è stata, perciò, la passione dimostrata da sociologi, studiosi ed uomini di governo per risolvere l'arduo problema della redenzione sanitaria dalla grave malattia. La disciplina della lotta contro la malaria ha, quindi, in Italia antica tradizione e già parecchi degli Stati in cui era frazionato un tempo il nostro Paese avevano emanato disposizioni per il prosciugamento delle paludi; il Regno d'Italia le intensificò con la legge per il miglioramento igienico dell'Agro romano (11 dic. 1878, n. 4642), e le unificò con quella sul bonificamento delle paludi (25 giugno 1882, n. 869) e col successivo Testo Unico delle leggi sulle bonificazioni (22 marzo 1900, n. 195), tutte emanate con l'intento di elimi-

(1) Sull'*ordinamento giuridico della lotta contro la malaria*, segnaliamo inoltre un'importante rivista, pubblicata in *Diritto pubblico sanitario*, 1928, n. 12, in cui sono sinteticamente esposte le linee direttive di tale ordinamento, tracciando i limiti delle relative competenze, attribuzioni, ecc. Reca una interessante casistica di giurisprudenza.

Chiunque si occupi di malaria, troverà in questa rivista una guida ottima.

nare il paludismo, di correggere il regime delle acque superficiali e di promuovere la bonifica agraria e la colonizzazione dei terreni paludosi.

Con l'avvento della teoria anofelica, incominciò un nuovo e più importante sviluppo della legislazione antimalarica, affrettata dalla grave recrudescenza epidemica del 1899-1901, che riportò la mortalità per malaria alle gravi cifre del passato. Le nuove leggi, alle quali va principalmente legato il nome di Angelo Celli, affrontarono in pieno il problema profilattico, inspirandosi ai postulati scientifici della nuova dottrina, con la lotta diretta contro l'agente causale. Sono esse: la legge sul chinino di Stato (23 dic. 1900, n. 505), quella del 2 nov. 1901, n. 460, che stabiliva il diritto dei malarici alla somministrazione gratuita del chinino e l'obbligo della protezione meccanica delle abitazioni, quella del 22 giugno 1902, n. 224, che diede agevolazioni per l'acquisto del chinino e quella del 19 maggio 1904, n. 209, che integrò le precedenti disposizioni e stabilì l'obbligo della profilassi chininica. Tutte vennero poi fuse nel Testo Unico delle leggi sanitarie, del 1° agosto 1907, mentre il Regolamento 28 febbraio 1907 disciplinò tutta la materia.

Importanti modifiche ed innovazioni sono poi state apportate dal Governo Fascista allo scopo di rendere più rigorosa, completa e rapida l'azione di redenzione antimalarica. Sono fra queste: 1) la legge sulla riforma degli ordinamenti sanitari (30 dic. 1923), in cui si fa obbligo alla Provincia di provvedere alla fornitura del chinino e di integrare i servizi profilattici dei diversi comuni; 2) il Testo Unico della legge sulle bonifiche (30 dic. 1923) che stabilisce l'obbligatorietà della profilassi antianofelica; 3) la legge sulle trasformazioni fondiarie di pubblico interesse (18 maggio 1924); 4) il R. D. sulle migrazioni interne (4 marzo 1926); 5) la legge 12 luglio 1927 che modifica le disposizioni sul Chinino di Stato ed altre.

Stato presente della legislazione.

È diretta ai seguenti scopi:

1) *Distruzione dell'agente causale con la cura radicale dei malati e difesa antimalarica delle persone residenti in località malarica.* Vi provvedono: *a*) le disposizioni sul Chinino di Stato (preparato da apposito laboratorio dipendente dal Ministero delle Finanze, secondo le prescrizioni del Consiglio superiore di Sanità, venduto al pubblico dai farmacisti e dalle rivendite di privative); *b*) diverse disposizioni, per cui la malaria è considerata come *malattia infettiva e professionale*, onde le spese vengono messe a carico dei proprietari terrieri e latifondisti e delle imprese ed aziende pubbliche. La Provincia attende alla provvista del chinino ripartendone la spesa fra i proprietari, mentre i Comuni pensano all'assistenza sanitaria ed alla somministrazione del chinino. Le provvidenze antimalariche si applicano nelle zone dichiarate malariche da decreto reale.

Ai lavoratori in zona malarica, spettano quindi la cura gratuita della malaria ed il trattamento chininico preventivo; per determinate categorie di lavoratori è obbligatoria la protezione meccanica.

Sussidi e premi sono poi concessi agli Enti locali, ai sanitari ed ai proprietari che maggiormente si siano interessati alla lotta antimalarica.

2) *Risanamento dell'ambiente malarico.* Secondo la vigente legislazione, la bonifica di un territorio palustre non si limita alla sistemazione idraulica del terreno paludoso, ma si coordina e collega con i lavori di rimboschimento o rinsodamento dei bacini montani, la sistemazione dei corsi di acqua e si completa ed integra con l'irrigazione, le strade ordinarie, le comunicazioni per via di acqua, l'approvvigionamento idrico, ecc. Essa ha quindi ben ampie finalità, tendendo al prosciugamento dei terreni soggetti all'acquitrino, al graduale passaggio dalla coltura estensiva a quella intensiva ed al risanamento igienico del territorio (bonifica idraulica, agraria ed igienica, che costituiscono la così detta *bonifica integrale*).

Una portata antimalarica notevole l'ha il complesso delle nuove disposizioni che riguardano la *piccola bonifica*, comprendente: la sistemazione degli scoli e la soppressione dei ristagni, i lavori di diserbo e di manutenzione di raccolte di acqua e gli interventi antianofelici nelle acque scoperte, su cui già da tempo la Direzione generale di Sanità pubblica aveva insistito.

3) *Leggi speciali a favore di alcune regioni*, quali l'Agro romano, la Basilicata, la Calabria, la Sardegna, l'Istria, le tre Venezie.

4) *Disposizioni per talune coltivazioni*, quali le risaie e le macerazioni delle piante tessili.

5) Altre *disposizioni diverse* riguardanti le sistemazioni idraulico-forestali, le trasformazioni fondiarie di pubblico interesse ed il piano regolatore della bonifica integrale, che deve svolgersi sopra l'estensione di 2.385.000 ettari del territorio nazionale.

Come si vede, la legislazione antimalarica italiana è varia e complessa come lo sono le cause che determinano la malaria a cui contribuiscono vari fattori dipendenti in gran parte dalla natura dei terreni, dalla configurazione del suolo, dalla distribuzione delle montagne e dei corsi d'acqua.

Il problema non può quindi essere affrontato sotto un solo aspetto, ma richiede un sano ecletismo per ottenere utile rendimento.

L'organizzazione della lotta:

1) *Organi della lotta.* Al *centro*, il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica) e quelli dei Lavori pubblici, dell'Economia nazionale, e delle Finanze; nelle *Provincie*, il Prefetto assistito dal Medico provinciale; nei *Comuni*, il Podestà assistito dall'Ufficiale sanitario e coadiuvato da altri medici.

L'azione dello Stato è essenzialmente direttiva, come pure di propaganda, di propulsione, di coordinamento e di integrazione. Agli Enti locali spetta l'esecuzione vera della lotta; alla cura e profilassi nel R. Esercito, nella R. Marina, nella R. Guardia di finanza e nelle Ferrovie provvedono i relativi Ministeri.

Altri Enti poi concorrono alla lotta: la Croce Rossa italiana, la Stazione per la lotta antimalarica, l'Istituto per la lotta antimalarica nelle Venezie, quello per la regione Pontina, ecc.

2) *Attuazione pratica della lotta.* Basata anzitutto sulla delimitazione delle zone malariche e sulla denunzia ed accertamento dei casi. Nelle zone con malaria più diffusa, il normale servizio di assistenza sanitaria viene integrato con: ambulatori antimalarici, posti di distribuzione del chinino, autoambulanze sanitarie, condotte mediche temporanee, assunzione di personale ausiliario, ospedalizzazione dei malarici, sanatori antimalarici.

Lo Stato integra poi l'azione degli Enti locali, con sussidi in chinino, in danaro e con organizzazione di speciali servizi.

3) *Bonifiche e profilassi antimalarica* a cura del Ministero dei Lavori pubblici, dei diversi Provveditorati (Sardegna, Sicilia, Calabria, ecc.), del Magistrato delle Acque, dell'Ispettorato per la Maremma toscana, ecc.

4) *Centri di studio e di propaganda,* fra cui: la Scuola Superiore di Malariologia, istituita per volere del Capo del Governo, diretta dal prof. Vittorio Ascoli, divisa in due Sezioni, medica e tecnico-economica; la Scuola pratica di Malariologia istituita dalla Direzione generale di Sanità pubblica; la Società per gli studi sulla malaria; le diverse Stazioni di studi (Fiumicino, Ferrara, ecc.).

I risultati:

Basterà citare poche ma significative cifre per dimostrare l'efficacia dei metodi di lotta perseguita con tenacia e serietà di intenti.

Mortalità per malaria. — Nel 1887, 21.033 morti; nel 1900, 15.865; nel 1926, 2683; un numero assai minore nel 1927. Quoziente di mortalità per malaria, disceso da 710 per milione (1887) a 67 (1926).

Morbosità. R. Esercito. — Su 1000 uomini, casi di malaria: da 32,24 (1900) e 36,25 (1901) discesi a 2,91 (1925).

R. Guardia di Finanza. — Su 1000 uomini, casi di malaria 65,30 % nel triennio 1900-1902, ridotti a 10 % nel 1924, a 10,8 % nel 1925, a 6,6 % nel 1926.

Ferrovie di Stato. — Su 100 (cento) agenti residenti in zona di malaria, 57 casi nel 1896-1901, 30 nel 1902-1905, 5,77 nel 1927.

Rarissime sono diventate le forme perniciose ed evidentemente migliorato è lo stato fisico delle popolazioni. Valga ad esempio il caso di Ostia, dove la prima colonia di bonificatori (una cinquantina d'anni fa) fu quasi del tutto distrutta dalla malaria, mentre oggi le condizioni sono tali da consentire il sorgere di una stazione balneare. In alcune zone dell'Italia settentrionale e centrale, la malaria è del tutto scomparsa.

Veramente grandioso è stato il lavoro di bonifica. Dei 2.385.003 ettari di terreni paludosi e difettosi (circa 1/13 del territorio nazionale), sono già stati bonificati ettari 1.226.949, mentre la bonifica è in corso per 568.196 e da iniziare per 589.858. La spesa finora sostenuta dalla unificazione del Regno è stata di circa 2 miliardi di lire, di cui oltre un miliardo speso nell'ultimo quinquennio.

Notevole è stata negli ultimi tempi la trasformazione dell'Agro romano, di cui fino a cinque anni fa, la situazione non era di gran che mutata. Ecco alcuni dati:

		1922	1927
Terreni occupati da fabbricati per abitazioni, stalle, ecc.	h.	36.187	75.883
Popolazione		13.626	20.500
Capi di bestiame		23.886	56.692
Terreni coltivati	h.	53.000	184.663
Terreni soggetti a bonifica obbligatoria	»	53.000	180.000

Si sono inoltre costruiti 14 centri di colonizzazione, comprendenti 246 case coloniche e 226 poderi; si sono costruiti km. 549.892 di strade e si sono istituite scuole, stazioni sanitarie, ecc. rendendo così l'inospitale Agro romano un'ottima zona agricola, dove la colonizzazione si effettua senza gravi rischi per i lavoratori.

Evidenti e notevolissimi sono dunque i risultati raggiunti dall'Italia nella lotta contro il triste flagello, lotta guidata e sorretta da un'idonea ed efficace legislazione. Ma il progresso realizzato, se pure è motivo di orgoglio e di conforto, non vela la gravità del problema che tuttora incombe e le deficienze o manchevolezze collegate con la complessità e vastità del problema stesso.

Il Governo Nazionale ha apprestato nuove armi alla lotta, la quale per fermo volere del Duce viene proseguita con ecletismo di mezzi e senza soste nel faticoso arduo cammino, per il raggiungimento della mèta auspicata: *la completa liberazione dell'Italia dall'insidia della malaria.*

fil.

Cronaca del movimento professionale.

Regolamento sugli Ordini dei medici.

Con R. D. 21 marzo 1929, n. 547, venne approvato il regolamento per l'esecuzione del T. U. 6 aprile 1928, n. 1313, recante le norme di coordinamento della legge sugli Ordini dei sanitari con la legge 3 aprile 1926, n. 563; decreto e regolamento sono pubblicati nella *Gazz. Uff.* del 20 aprile 1929, n. 98. Ce ne occuperemo prossimamente.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAIRO MONTENOTTE (*Savona*). — Scad. 31 lug.; L. 9600 e 10 bienni ventes.; per bicicletta L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff san. di Giarre; ab. 25.765; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; tassa L. 50,05; doc. a 3 mesi dal 10 giu.; titoli ed es.; serv. entro 15 gg.; età lim. 45 a.; scad. 31 lug.

CERVO (*Imperia*). — Scad. 15 lug.; per Villa Faraidi; L. 7500 e 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CHIETI. *Ammin. Prov.* — Direttore Sez. Med.-Micrograf. del Laborat.; scad. 15 lug.; v. fasc. 25.

CODOGNO (*Milano*). — Chirurgo primario; scad. 31 luglio; v. fasc. 26.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; scad. 31 lug.

CREMONA. — Ufficiale sanit. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene. Scad. ore 18 del 31 luglio.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabil. Riuniti.* — Aiuto specialista per il gabinetto di Radiologia ed Elettrodiagnostica ed Elettroterapia; titoli ed esami; età lim. 35 a.; L. 7050, c.-v. partecipaz. introiti; a ore 17 dal 20 lug.; tassa L. 50; doc. poster. al 15 giugno; serv. entro 15 gg.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî per 2 consorzi; L. 14.000 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 2000 indennità visite settim., indenn. per visite straordin.; divieto libero eserc. Scad. ore 17 del 31 agosto.

MONTELONGO (*Campobasso*). — Scad. 31 luglio; v. fasc. 24.

MONTE ROMANO (*Roma*). — Scad. 15 lug.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san., c.-v.; tassa L. 50,10.

OCCHIEPPO SUPERIORE (*Vercelli*). — Per titoli. Stip. lordo L. 7000. Caro-viv. e aumen. periodici di legge. Assegno L. 500 uff. san. Popolaz. 1700. Documenti e tassa L. 50 all'Esattore Consorziale di Graglia. Scad. 18 luglio, ore 17.

PALERMO. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari dei consorzi Ciminna-Ventimiglia Sicula-Baucina e Bagheria-S. Flavia-Casteldaccia-Ficarazzi; ab. rispett. 12.237 e 33.479; L. 8000 e L. 12.000 e 5 quinquenni dec.; indennità di missione; tit. ed es.; divieto libero eserc. profess. (*sic*); scad. 31 lug.; doc. a 3 mesi dal 10 giu.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Tre posti per titoli ed esami; v. fasc. 26. Scad. 14 ag.

PESCINA (*Aquila*). *Ospedale Civile Serafino Rinaldi.* — Aiuto chirurgo; proroga 15 lug.

PETTINEO (*Messina*). — Scad. 15 lug.; v. fasc. 26.

PIGNA (*Imperia*). — Scad. 20 lug., ore 16; lire 9000 oltre L. 500 uff. san., età lim. 45 a. al 31 lug.; tassa L. 50,15 all'esattore consorziale di Dolceacqua.

POZZAGLIA SABINA (*Rieti*). — L. 10.500 per i primi 1000 poveri; addizionale L. 4; quattro quadrienni; L. 400 uff. san. Vaglia L. 50,15. Scadenza 4 agosto.

ROESI (*Caltanissetta*). — Scad. 15 lug., v. fascicolo 25.

TARANTO. *Ammin. Provinc.* — Dirett. Sez. Med.-Micrograf. Laborat.; scad. 31 lug.; v. fasc. 26.

VICENZA. *Ammin. Prov.* — Assistente Laborat., Sez. batteriol.; scad. 15 lug.; v. fasc. 24.

URBANIA (*Pesaro*). — Chirurgo Primario Direttore dell'Ospedale. Stipen. L. 12.000 con 10 aumenti biennali, indennità servizio attivo e caro viveri, percentuale operazioni chirurgiche agli abbienti. Documenti di rito. Tassa concorso lire 50,10. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VARESE. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Varese; proroga 15 lug.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Pier Diego Siccardi.

Presso la R. Università di Milano è messo a concorso un posto di perfezionamento a favore di un giovane medico laureato a partire dal 1° luglio 1929.

Il vincitore del concorso dovrà prestare l'opera sua, per la durata di un anno scolastico, nella Clinica delle malattie professionali, ove avrà funzione di medico praticante.

Egli godrà di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche a rate mensili. Alla fine dell'anno il vincitore potrà ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in un diploma e una medaglia d'oro.

Le domande (su carta da L. 2) dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma, 10) non oltre il 15 settembre 1929 accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti.

Fondazione Luigi Mangiagalli.

Presso la R. Università di Milano sono messi a concorso sei posti di perfezionamento, presso una Clinica o un Istituto della R. Università di Milano, a favore di laureati in Medicina e Chirurgia: a due posti possono concorrere i laureati dal 1° luglio 1924 al 30 giugno 1927; ad altri due i laureati dal 1° luglio 1925 al 30 giugno 1928; ai rimanenti due i laureati dopo il 1° luglio 1926.

I vincitori del concorso dovranno disimpegnare per un anno solare le funzioni di medici praticanti o di interni presso la Clinica o, rispettivamente, presso l'Istituto indicati nella domanda.

Tre dei sei premi sono conferiti, a parità di merito, a quei concorrenti che abbiano chiesto di frequentare la Clinica Ostetrico-Ginecologica.

I vincitori godranno ciascuno di un premio di L. 3000 che sarà corrisposto in rate trimestrali posticipate, dietro attestazione rilasciata dal direttore della Clinica o dell'Istituto prescelto.

Le domande (su carta da L. 2) dovranno pervenire alla Segreteria dell'Università (Corso Roma, 10) non oltre il 30 novembre 1929, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti, e con l'indicazione della Clinica o dell'Istituto per il quale il candidato intende concorrere.

Erratum. — Nel fascicolo scorso, p. 948, notizia 3ª, 4° capov., leggere: ha indetto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio dell'Associazione Medica Britannica ha assegnato il premio clinico sir Charles Hastings per il 1929 al dott. Arthur Crook di Norwich, per i suoi studi clinici sull'albuminuria nella gravidanza e nel puerperio.

Il Crook è un medico pratico. Il premio consiste in un certificato alluminato ed uno chèque di circa 5000 lire it.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

L'inaugurazione della nuova sede della Clinica Medica universitaria.

Domenica 12 maggio alle ore 11 si è inaugurata in presenza di foltissimo pubblico di autorità, di signore, di medici e di studenti la Clinica Medica della R. Università nella sua nuova sede, sita nell'area dell'Ospedale Maggiore nel bel mezzo dei padiglioni chirurgici e di specialità. La Clinica Medica — che è anche Reparto medico ospedaliero — è stata costruita grazie a lascito del compianto comm. Sacco.

Il Rettore Magnifico sen. Baldo Rossi presa la parola ringraziò la direzione dell'Ospedale e la Confederazione fascista per l'aiuto e le facilitazioni in ogni tempo accordati e fece rilevare l'oramai raggiunto compimento di quella auspicata armonia tra Ospedale e Cliniche che è sempre stato l'ideale vagheggiato e mai raggiunto di tutte le città universitarie.

Presa quindi la parola il prof. Zoia, direttore della Clinica Medica, e ringraziati gli eredi del compianto comm. Sacco, fece rilevare i vantaggi che ne derivano alla medicina clinica da un adeguato corredo di materiale ed ambienti da laboratorio e di apparecchi scientifici che oramai per lo studio compiuto del malato sono divenuti indispensabili, corredo del quale a buon diritto la Clinica Medica di Milano può oggi andare fiera. Ha fatto quindi la — non lunga — storia della Clinica Medica di Milano e della sua provvisoria sede primitiva dell'Ospedale Fatebenefratelli. Ha fatto quindi rilevare i vantaggi che presentano per le varie Cliniche una stretta vicinanza tale da rendere possibile una stretta collaborazione ed un'unità di intenti, lamentando soltanto la lontananza di alcuni Istituti di materie scientifiche e in ispecie di quello di Patologia Generale. Ha ricordato come la Clinica Medica ospiti pure la Fondazione Carlo Forlanini e possieda — fatto nuovissimo in Italia — degli speciali ambulatori per diabetici, per asmatici e per forme allergiche in generale. Ha infine mandato un saluto riverente alla memoria dei suoi primi maestri, Orsi, Forlanini e Riva.

Quindi, guidati dagli assistenti, i visitatori si sono sparsi per l'ampio edificio che si è dimostrato fornito di quanto di meglio l'edilizia moderna offra in materia di costruzioni ospedaliere scientifiche. Speciale e moderno sviluppo hanno avuto i laboratori, forniti di materiale modernissimo. Notiamo tra i ritrovati più moderni e ingegnosi un dispositivo elettrico per cui è possibile mediante un adatto cavo prendere l'elettrocardiogramma dagli ammalati senza muoverli dalla loro sala, pur essendo l'elettrocardiografo in ambiente del tutto indipendente. Altro particolare: ogni ammalato può, tirando un cordone, accendere un segnale luminoso sito a capo del letto a chiamata del sorvegliante.

Dott. RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso internazionale di fisioterapia.

Ne abbiamo già dato notizia nel fasc. 23.

La sezione di elettrologia, presieduta dal dott. A. Bienfait, ha proposto i temi: 1) « Le cronassie delle affezioni miopatiche »; 2) « Tubercolosi e diatermia »; 3) « Tecnica e indicazioni dell'ionizzazione »; un altro tema sarà ancora designato.

In Olanda il prof. Van Breemden, in Italia il prof. Ceresole, in Bulgaria il prof. Styanoff, hanno portato un utile concorso alla preparazione e tra poco saranno costituiti i rispettivi Comitati nazionali. L'« Institut d'Actinologie » di Parigi e le società francesi di fisioterapia, elettrologia e radiologia, hanno mandato le loro adesioni ed avviato la costituzione del Comitato nazionale.

Tutto questo lavoro di preparazione assicura il successo della riunione, che segnerà il 25° anniversario del 1° Congresso internazionale di fisioterapia, adunatosi anch'esso a Liegi, nel 1905.

Le adesioni si ricevono dal segretario generale, Dr. Dubois-Trépagne, rue Louvrex 25, Liège (Belgio).

Congresso nazionale di medicina legale.

Avrebbe dovuto tenersi quest'anno a Bologna; ma per disposizione della Presidenza dell'Associazione Italiana di Medicina Legale, in accordo col Comitato organizzatore, è stato rinviato alla primavera dell'anno prossimo (1930), acciocchè possano più efficacemente svolgersi i Congressi di Scienze affini indetti per quest'anno e specialmente quelli di medicina sociale a Milano, di eugenetica a Roma e di medicina del lavoro a Napoli.

Per il prossimo Congresso antitubercolare a Palermo.

Nella R. Prefettura di Palermo ha avuto luogo una riunione di autorità e personalità cittadine, per discutere in merito al Congresso antitubercolare che avrà luogo nel prossimo ottobre a Palermo, e provvedere al necessario finanziamento.

La Sicilia è, dolorosamente, tra le regioni che danno un contributo più largo al triste morbo, onde ha speciale interesse ai lavori del Congresso.

Mercè i contributi già assicurati di presenti e specialmente dai rappresentanti il Comune, la Provincia, la Federazione Fascista, il Banco di Sicilia, la Cassa di Risparmio e le sedi locali delle altre Banche, nonchè delle varie Federazioni sindacali fasciste e di altri enti, la somma necessaria per lo svolgimento del Congresso è stata assicurata e si spera anzi che la generosità dei contribuenti permetta di poterne erogare una parte alla lotta antitubercolare.

Nella Direzione Generale della Sanità pubblica.

Il dott. gr. uff. Alessandro Messea, dopo cinque anni di fecondo lavoro, lascia la Direzione della Sanità pubblica, che egli ha retto con se-

veri intenti, con alta autorità e con amore profondo alla soluzione dei più gravi problemi igienico-sanitari che incombono sul nostro Paese.

La legge inesorabile dell'anzianità di servizio colpisce nel pieno vigore dell'attività un funzionario eletto ed integerrimo, il quale con l'esperienza acquisita e il riconosciuto valore avrebbe potuto dare ancora opera proficua all'Amministrazione sanitaria. Vada al dottor Messea il saluto deferente del nostro periodico e dei sanitari italiani estimatori delle alte doti di mente, di competenza tecnica e di correttezza da lui sempre dimostrate nell'arduo compito affidatogli.

A successore del dott. Messea è stato chiamato il gr. uff. Bruno Fornaciari, ben noto alla classe medica italiana, la quale ricorda il vivo ingegno, l'ardore giovanile e la nitida e rapida percezione nel trattare le più disparate materie igieniche, sanitarie ed amministrative, durante il tempo trascorso presso la Direzione generale della Sanità pubblica.

Il Fornaciari, nato a Sondrio nel 1881, entrò nell'Amministrazione dell'Interno durante il 1901. Per le spiccate qualità dell'ingegno e del carattere, ben presto emerse nella estimazione di quanti lo ebbero alla loro dipendenza, e dopo alcuni anni passati nelle Prefetture fu chiamato al Ministero. Dal 1908 fino al 1923 fu addetto alla Direzione Generale della Sanità Pubblica, nella quale, poi, assunse le funzioni di Capo dell'Ufficio Affari Generali e del personale sanitario, divenendo, così, diretto e valido collaboratore del Direttore generale nella trattazione degli affari e dei provvedimenti, interessanti l'igiene e la sanità pubblica. Nel 1923 nominato viceprefetto, fu destinato a Firenze. In seguito ebbe importanti incarichi, e fu successivamente commissario per i comuni di Firenze, Genova e Venezia. Elevato nel 1926 alla carica di prefetto, fu destinato a reggere la Prefettura di Trieste, nella quale ha impresso orme di feconda attività.

L'Amministrazione della Sanità pubblica acquista un Capo di meriti eccezionali. La piena conoscenza, che il Fornaciari ha, delle necessità igieniche e sanitarie del nostro Paese, la passione e l'intelligenza che egli sempre ha posto nell'adempimento delle varie mansioni ricevute, danno la sicurezza che egli saprà pienamente corrispondere alla fiducia in lui riposta dal Duce ed alla viva attesa della classe medica.

E con l'augurio, che dall'opera del nuovo Direttore generale della Sanità pubblica possano derivare benefici sanitari sempre maggiori per il nostro Paese ed un sempre più perfetto assetto igienico, il « Policlinico » gli invia il saluto augurale.

L'attività assistenziale del Patronato Nazionale.

Il Patronato Nazionale pubblica una relazione statistica sull'attività svolta nell'anno decorso. L'on. Barenghi, direttore generale della istituzione, premette alcune brevi note che compendiano l'opera dell'ente in questo primo anno della sua attività.

Assistenza gratuita a favore di tutti i lavoratori: ecco il programma del Patronato, che si informa pienamente al disposto della Carta del Lavoro.

I lavoratori infortunati assistiti dal Patronato nel 1928 furono circa 40 mila, le indennità liquidate raggiungono la cifra cospicua di 93.637.125 lire, contro un'offerta di lire 66.551.598; sono dunque oltre 27 milioni che gli assicuratori non avrebbero corrisposto agli operai senza la predetta assistenza del Patronato Nazionale (media di L. 982 per ogni infortunato).

Nei 93 ambulatori provinciali furono eseguite dai medici fiduciari del Patronato 104 mila visite, delle quali ben 6 mila in contraddittorio col sanitario dell'Istituto assicuratore e 443 in sede arbitrale. Specialmente queste due ultime cifre indicano l'ottima attrezzatura medica che ha raggiunto l'organismo e la cura da parte dei dirigenti provinciali di esperire quanto è possibile le vie amministrative prima di iniziare le dispendiose e lente vie giudiziarie.

Per gli uffici legali la relazione statistica dà le seguenti cifre: cause trattate nel '28 n. 7080, cause definite con esito favorevole 1986. Le cause definite di fronte a quelle trattate non sono molto numerose. Ciò è indubbiamente dovuto a ragioni procedurali e al lamentato affollamento delle preture e dei tribunali che non consente il rapido disbrigo delle singole controversie. Questa lentezza va esclusivamente a svantaggio dell'infortunato che percepisce solo con grandissimo ritardo quelle indennità di cui molte volte ha impellente bisogno.

Per pensioni di invalidità il Patronato nel '28 trattò oltre 6040 pratiche. L'ammontare delle liquidazioni raggiunse lire 566.748; per pensioni di vecchiaia furono trattate 13.926 pratiche; l'ammontare delle pensioni raggiunse lire 3.363.641 per assegni di morte; furono liquidate per 3492 pratiche di assegni di maternità. La recente riforma della legge per l'assicurazione invalidità e vecchiaia, che apporta considerevoli aumenti alle pensioni, vincerà senza dubbio le ultime diffidenze degli operai. Le cifre esposte confermano che l'assistenza sociale, intesa nel suo contenuto preventivo, riparativo ed educativo, è parte integrante della politica sociale del Regime.

Nell'Opera Maternità e Infanzia.

L'on. Blanc, R. Commissario per l'O. N. Maternità e Infanzia nell'intento di dare maggior sviluppo al programma di assistenza alla maternità, ha chiamato a suo collaboratore il prof. Cesare Micheli, nominandolo sub-commissario dell'Opera. La tipica istituzione fascista, mentre così continua a giovarsi dell'apprezzata cooperazione dei sub-commissari prof. Francesco Valagussa e avv. Carlo Scotti, acquista col prof. Micheli un nuovo sicuro elemento di azione illuminata e feconda.

L'assistenza psichiatrica in provincia di Milano.

Presso l'Ospedale Psichiatrico di Mombello si è tenuta un'adunanza dei nuovi amministratori della Provincia di Milano, per esaminare il problema dell'assistenza psichiatrica. Da un'ampia relazione dell'avv. Sileno Fabbri risulta che gli assistiti dalla provincia ammontano a circa 4500, di cui 3400 a Mombello, ove si è creata una vasta organizzazione di lavoro; gli altri lo sono in Istituti para-manicomiali, come l'Ospedale di San Colombano al Lambro, che ospita 470 cronici, la Villa Fiorita, la Villa di Centello, acquistata recentemente per raccogliervi gli alienati dell'ex-circondario di Gallarate, ecc.

Per l'ulteriore incremento dell'assistenza psichiatrica, su parere di una Commissione presie-

duta dal prof. Antonini, si è deciso di non costruire nuovi padiglioni a Mombello, ma di dare incremento all'assistenza para-manicomiale, di creare vari dispensari con ambulatori (3 a Milano e 4 in provincia), un ricovero per cronici incapaci, una « Casa di lavoro » per cronici idonei, delle colonie agricole per i « dimessi »; in un'area di 12.000 mq., ora acquistata presso l'Istituto del cancro, sorgerà, entro due anni, l'Ospedale psichiatrico provinciale con funzione di « accettazione »; all'assistenza concorrerà anche la Clinica psichiatrica, che sorgerà sulla stessa area; per gli alienati criminali, la Commissione preconizza l'istituzione di « Frenocomi statali di sicurezza ».

Azione antitubercolare in provincia di Verona.

L'Amministrazione provinciale di Verona in unione e d'intesa col Consorzio Provinciale Antitubercolare, ha svolta opera intensa nel campo dell'igiene e sanità.

Il *Sanatorio popolare di Ponton*, in quel di Sant'Ambrogio di Valpolicella, istituito dalle precedenti amministrazioni adattando sommariamente costruzioni già prima destinate ad altra funzione, è stato dall'opera continua, assidua ed amorosa della Provincia, trasformato, completato ed ampliato così che oggi risponde ad ogni migliore esigenza in tema di luogo di cura per tubercolosi. Non soltanto esso accoglie ammalati di Verona, ma serve anche le vicine provincie di Mantova e di Padova ed ha continue richieste da altre più lontane consorelle. Perfino da Palermo hanno inviato ammalati. Nel reparto orfani di guerra, appositamente istituito nel Sanatorio, hanno trovato ricetto bimbi di tutta Italia da Trieste alla Sardegna.

L'Amministrazione Provinciale ha considerato che il problema della tubercolosi non si combatte soltanto occupandosi dei poveri, ma è necessario dare anche alla borghesia il mezzo di cure adeguate in ambienti propri, dato che i Sanatori privati, per le rette proibitive praticate, sono preclusi alla maggior parte della classe borghese. Per questo è sorto il grande *Sanatorio alla Grola*, collocato in posizione magnifica e ridente della Valpolicella.

D'accordo col Consorzio Provinciale Antitubercolare, ha provvisto ad acquistare sulla spiaggia ridente di Cesenatico, un imponente moderno fabbricato da destinare a sede della *Colonia Marina permanente* veronese. Accanto a questa Colonia vi sono le piccole *Colonie fluviali, elioterapiche*, sorte nei vari Comuni della Provincia e sussidiate dal Consorzio.

Anche le *Colonie alpine* che hanno una lunga e nobile tradizione in provincia di Verona, hanno avuto ogni appoggio dal Consorzio Antitubercolare che ha agito costantemente d'accordo con la Federazione Provinciale Maternità e Infanzia.

Padiglione antitubercolare a Brindisi.

In una recente seduta del Consiglio Provinciale di Brindisi è stato discusso il progetto per la costruzione di un padiglione antitubercolare.

La relazione del progetto è stata affidata all'ing. Trachioni, il quale ha già preparato i disegni per la costruzione di una magnifica Casa di cura, che costerà circa 600.000 lire. Alla costruzione ed all'arredamento di tale istituzione si è divisato di far fronte in parte col fondo di 244.201,90 lire, ed in parte con mutuo da contrarsi con la Cassa di Assicurazioni Sociali. Per il mantenimento dell'Istituto si conta sull'aiuto di tale Cassa, cui incombe l'obbligo di provvedere al ricovero degli assicurati.

Alla Clinica delle malattie del Lavoro di Napoli.

L'on. Turati, durante una breve visita fatta a Napoli, volle recarsi alla chiusura del corso svolto ai medici di fabbrica dal direttore della Clinica delle malattie del lavoro di Napoli, on. prof. Niccolò Castellino. Fu ricevuto dal rettore magnifico prof. Bruschettini, dai proff. Pietro Castellino, on. Fioretti, on. N. Castellino, Bottazzi e da tutto il corpo insegnante della Clinica del lavoro e della Clinica medica. L'aula era gremita di professori, medici e studenti che applaudirono calorosamente l'on. Turati al suo ingresso. Parlarono il prof. Bruschettini, che diede il saluto suo e quello degli studenti al segretario del Partito; il prof. Pietro Castellino che, esprimendo i sentimenti suoi e degli allievi, ricordò la tenace e fedele opera della gioventù universitaria napoletana a favore delle idee innovatrici e chiuse esortando l'on. Turati a visitare spesso i giovani goliardi napoletani. Seguì l'on. prof. Niccolò Castellino che pronunciò applauditissime brevi parole conclusive sul corso, mettendo in rilievo importanti quistioni attuali ed i benefici conseguiti dagli operai, presentando il primo nucleo dei medici di fabbrica.

S. E. Turati mise in rilievo l'importanza del movimento sindacale fascista e l'influenza che possono esercitare i medici sulla vita sindacale nei loro contatti con gli operai.

Onoranze ad Alessandro Lustig.

Il 30 maggio a Firenze, nella scuola dove per tanti anni ha tenuto alto l'insegnamento, discepoli, amici, ammiratori hanno voluto, — contro la volontà del Maestro, — onorare il compimento del quarantesimo anno d'insegnamento di Alessandro Lustig.

L'illustre scienziato ha dovuto cedere, nolente, alla devota tenacia degli allievi.

L'opera scientifica, civica, patriottica del Lustig fu evocata attraverso la parola del rettore dell'Università prof. Burci, del prof. Belfanti, del prof. Trambusti, il quale, a nome degli allievi, consegnò all'amato Maestro un'artistica medaglia d'oro, del cieco di guerra Nicolodi, che portò al festeggiato la voce corale di gratitudine di tutti i mutilati d'Italia, del generale Bernucci, che ricordò i servizi resi dal Lustig all'Esercito in guerra, alla quale partecipò come volontario, come scienziato e come irredento triestino, del sen. Pitacco, podestà di Trieste, che recò il saluto della terra natale, del prof. Tommasi per la R. Accademia dei fisiocritici di Siena, del prof. Vernoni, del dott. Iantria per i medici Argentini. A tutti rispose il sen. Lustig, con arguta, alta parola.

Il prof. Trambusti annunciò l'istituzione presso la Facoltà medica Fiorentina di due Fondazioni, una costituita con fondi raccolti in Italia, l'altra con fondi raccolti in Argentina: entrambe intitolate al nome di Alessandro Lustig. In tal modo la manifestazione compiuta lascia un segno ammonitore che sarà per la gioventù studiosa incitamento a lavorare e a cimentarsi, per onorare la Scienza ed il Paese.

Tra le molte adesioni, va segnalata quella di S. E. Bianchi, che mandò una nobilissima lettera.

Il prof. GUIDO ARENA, spentosi a Napoli in età di soli 43 anni, è stato l'allievo prediletto di Antonio Cardarelli, che lo nominò assistente ordinario della sua Clinica nel 1911 e lo promosse aiuto nel 1919. Quando l'Arena lasciò questa carica, nel 1923, impiantò, presso la Scuola dei liberi docenti, un Istituto per l'insegnamento della clinica medica, dotato nella maniera più perfetta e moderna, dalle proiezioni cinematografiche alla elettrocardiografia; gli studenti vi accorrevano numerosi.

L'Arena aveva conseguito la docenza in patologia medica e in clinica medica; aveva anche buoni titoli ospedalieri. Si distinse molto in guerra.

Lascia molte ed importanti pubblicazioni, che sarebbe difficile analizzare; ci limitiamo a ricordarne alcune: sul potere tossico ed autoantitossico degli estratti di polmoni, sulla poliuria traumatica semplice, sull'ipofisi faringea, sulle sindromi cerebellari da malaria, sull'esame funzionale del fegato, ecc.

Era molto benvoluto dai colleghi e dalla numerosa clientela. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

☛ ***Nuovo libro a disposizione dei nostri abbonati:***

Dott. ALDO LUISADA

Assistente nella R. Clinica Medica di Padova

IPOTENSIONE E IPOSFIGMIA
— DEFICIENZE DI CIRCOLO —

Ecco, come l'illustre prof. **CESARE FRUGONI**, Clinico Medico di Padova, presenta ai medici, questo libro del dott. Luisada:

« *Presento agli studiosi e ai pratici le* « Ipotensioni » *del dott. Luisada con vero compiacimento,* « *poichè il mio allievo con lungo studio e grande amore ha compiuto buona opera di Clinica, cui è* « *base una serie di contributi personali, cui è corpo una precisa delimitazione del problema clinico e* « *vertice — utilmente raggiunto —* **una serie di corollari pratici di concrete applicazioni terapeutiche.**

« *Per questo il libro non interesserà soltanto gli studiosi specializzati, ma quanti in Clinica sanno il* « *valore di una esatta conoscenza e valutazione di sintomi e di sindromi di tanto comune osservazione* « *e che quotidianamente al letto dell'ammalato pongono problemi, suscitano dubbi, esigono pronti* « *interventi.*

« *L'argomento, benchè di vaste proporzioni, non aveva ancora ricevuto la sua sintetica formulazione.* « *Tale vuole essere invece, come messa a punto del problema, il libro del dott. Luisada, che da molti* « *anni per mio consiglio ne ha fatto oggetto di sistematico studio.*

« *Ed è con metodo che la materia è esposta, partendo dalle nozioni di tecnica e da premesse spe-* « *rimentali che costituiscono un capitolo completo della fisiologia e della semeiotica del circolo, mentre* « *nello studio clinico delle sindromi di ipotensione e di iposfigmia è utilizzato un ricco materiale e* « *sono impiegati anche metodi di tecnica personali e strumentario appositamente costruito.*

« *Ne viene che non vi è quasi capitolo nel quale l'A. non abbia portato qualche contributo e non* « *possa esprimere il suo personale convincimento. La materia è perciò non solo larga, ma viva e per-* « *meata di sano indirizzo clinico, per il che le* « *Ipotensioni* » *possono considerarsi opera di scienza* « *e di pratica* ».

Padova. C. Frugoni.

Indice-Sommario del volume:

Volume di pagg. XVI-352, con 52 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato in carta semipatinata. Prezzo L. **45**, più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **41,90** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore **LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA**

ANNO XXXVI Roma, 15 Luglio 1929 Num. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA E PATOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
diretto dal prof. GIUSEPPE SABATINI.

Sul pneumotorace terapeutico inizialmente bilaterale

per il dott. ANDREA MANAI, aiuto.

Che il pneumotorace terapeutico debba essere monolaterale è ormai regola fissa ed è quanto ci ha insegnato la lunga esperienza di clinici e tisiologi.

Ma se questo è fuori dubbio fino a che il polmone contro laterale tollera tale procedimento curativo, talvolta alla mente del clinico e del terapista s'impone il quesito del come ci si debba comportare in casi di tubercolosi evolutiva a rapido decorso durante la cura nel polmone opposto ed in casi di tubercolosi già bilaterale in cui il trattamento da un solo lato non solo non apporta alcun vantaggio, ma al contrario aggrava lo stato locale del polmone e generale del malato.

Occorre in questi casi interrompere la cura se è iniziata o non intraprenderla se il processo bilaterale evolve egualmente da tutt'e due le parti? O si può costituire con vantaggio, qualora la possibilità di farlo esista, il pneumotorace bilaterale simultaneo?

Qui sorge il dibattito. Vi è un vero contrasto di vedute fra i sostenitori della collassoterapia bilaterale e quelli che negano ad essa una qualunque efficacia. Dumarest e Brette infatti affermano che di fronte allo evolvere di una lesione bilaterale debbasi senza discus-

sione interrompere la cura se iniziata e Saugmann sostiene la impossibilità di praticare simultaneamente un pneumotorace bilaterale.

Queste in fondo erano le vedute del Forlanini fin dal 1908. Egli che, partendo dal presupposto come il polmone dopo la collassoterapia riprenda la propria espansione e funzione nelle parti non colpite, aveva potuto praticare il pneumotorace nel polmone contro laterale in cui il processo era insorto dopo la guarigione del primo, asseriva non potersi praticare altro pneumotorace se non quando fosse guarito il polmone antecedentemente collassato e questo riespandendosi avesse ripreso il totale meccanismo respiratorio di compenso.

Ben si comprende come i tentativi di Forlanini e di Fontana e successivamente quelli di Feldman, Leon Bernard, Bournand, Ameuille, Carpi riguardino casi di pneumotorace successivamente bilaterale.

Il primo a consigliare ed adottare una compressione contemporaneamente bilaterale dei polmoni fu M. Ascoli nel 1912 col praticare il pneumotorace di riposo (a bassa pressione), ponendo per tal modo in discussione se convenisse o no, agli effetti utili della cura, raggiungere l'immobilità completa del polmone o una immobilità relativa sufficiente.

La concezione dell'Ascoli praticamente attuata poi in 5 casi dal Fagiuoli pur in antitesi per principio e applicazione col canone forlaniniano ebbe i suoi seguaci. Barlow e Kramer, Ameuille, Besançon e Jaquelin, Fraenkel, Sampson, E. Forlanini, Zuccola, Giani, Sechi, ecc. han riportato alla ribalta la questione in quanto l'esperienza quotidiana dimostrava come anche piccole pressioni unilaterali arrecassero notevole miglioramento nei fatti locali e nelle condizioni generali dei pazienti.

Ma la constatazione che le pressioni quanto più deboli sono tanto meno possono riuscire ad impedire una diffusione del processo tubercolare non permetteva che la collassoterapia bilaterale venisse adottata largamente, tanto più che se l'attenuazione dei fatti locali e dei sintomi generali con successivo miglioramento degli ammalati poteva costituire un notevole vantaggio, in pratica poi si constatava solamente una breve sosta nella malattia.

D'altronde le stesse compressioni necessarie per arrestare il diffondersi del processo tubercolare non avevano confini ben definiti. Pignet, Giraud, Zuccola, Parodi avevano messo in evidenza l'evoluzione recente di tubercoli in polmoni in cura da lungo periodo di tempo e Limblom sosteneva che per ottenere la compressione completa dei bronchi capillari occorreva raggiungere una pressione intratoracica di + 13. Senza volere infirmare tale constatazione si può asserire che con pressioni di gran lunga minori la collassoterapia ha dato ottimi risultati.

Ma se gli effetti pratici raggiunti sono stati scarsi e il pneumotorace bilaterale ha proceduto con un senso di diffidenza e direi quasi di paura, forse è da attribuirsi al fatto che non era facile abbattere il canone forlaniniano ed era azzardato varcare la soglia del pneumotorace ipotensivo. Nè poteva essere diversamente.

Autori Francesi e Tedeschi si servirono di pressioni varianti tra — 5 e 0 ed E. Forlanini di pressioni — 8 — 3 arrivando a pressioni positive solo in casi di aderenze pleuriche; da caso a caso variavano il numero, il ritmo delle introduzioni e la quantità di gas introdotto; il polmone veniva distanziato dalla gabbia toracica di 3, 4 c. da una parte, di 6, 8 c. (al massimo) dall'altra senza tenere un limite fisso di compressione.

Rimaniamo sempre nel campo del pneumotorace ipotensivo il quale se è utile per migliorare le condizioni generali, poco benefizio può apportare per il resto.

Ed allora possiamo domandare: ci si deve contentare del miglioramento generale o possiamo andare oltre la soglia del pneumotorace ipotensivo raggiungendo pressioni più accentuate?

Secondo le ricerche di Graziadei, Cavallero, Riva-Rocci, Carpi sulla ventilazione polmonare si sa che una riduzione notevole della superficie respiratoria non influisce notevolmente sull'economia dell'organismo. In base a tali osservazioni risulta che « una riduzione anche notevole dell'aria respirante (66 % della totale) non modifica sensibilmente nell'attitudine di riposo nè la ventilazione polmonare nè il chimismo respiratorio per cui si può ritenere che in casi di tubercolosi polmonare bilaterale o che diventa tale in corso di cura pneumotoracica si possono contemporaneamente comprimere i due polmoni purchè la compressione sia parziale » (Giani).

Zuccola, che ha trattato dieci casi, pur sostenendo che la collassoterapia bilaterale è un metodo di cura da riservarsi alle forme poco avanzate, afferma che « quando la compressione è fatta gradualmente e lentamente non si ottengono mai fenomeni a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio di qualche entità poichè è dimostrato che l'organismo

può adattarsi a vivere con una superficie respiratoria ridottissima ».

Giani stesso nel caso illustrato ha raggiunto una compressione polmonare accentuata da entrambe le parti.

Partendo da questi concetti, tanto più che Coulaud aveva ottenuto un collasso polmonare totale senza che il paziente lamentasse il minimo disturbo, ho iniziato nel 1927 il pneumotorace bilaterale simultaneo in tre individui.

Come si vedrà dall'esposizione dei tre casi, la collassoterapia è stata fatta contemporaneamente da tutt'e due le parti.

Caso I. — S. M., di anni 22, nubile.

Nell'anamnesi familiare esiste una tara tubercolare. Nella anamnesi personale si ha morbillo all'età di 4 anni; eritema nodoso a 14, cui fece seguito l'arresto delle mestruazioni per circa un anno cessando poi completamente a 20 anni.

Nell'ottobre del 1926 la paziente ebbe abbondante emottisi che si ripetè a distanza di otto giorni e poi di quindici. Il rialzo termico che ne conseguì, da prima lieve, raggiunse ben presto i 39,5 gradi con scarse remissioni.

Le condizioni generali andarono sempre più aggravandosi, si aggiunse tosse stizzosa con scarsissima espettorazione e poi sudorazioni notturne.

Il 19 maggio 1927 viene ricoverata in Clinica accusando debolezza generale, astenia profonda, ostinata anoressia, tosse stizzosa, sudorazioni notturne abbondanti.

È di costituzione robusta ma notevolmente deperita e fortemente anemizzata; espressione del volto sofferente; decubito indifferente. Temperatura minima della mattina 37,6, massima della sera 38,8; polso 130, respiro 26. Peso Kg. 37,50, pressione arteriosa massima 100.

Nessuna alterazione a carico dello scheletro e delle articolazioni. Microadenia cervicale ed ascellare.

Nulla a carico del cranio e della faccia. Collo cilindrico conico; tiroide non ingrossata nè aumentata di consistenza.

Il torace si presenta scarno con fosse sopra, sotto clavicolari e spazi intercostali molto pronunziati. Respiro costo-addominale. Negli atti respiratori l'emitorace destro si espande un po' meno del sinistro; dolenti le fosse sopraspinose specie quella di destra: fremito vocale tattile diminuito in alto a destra dove con la percussione si ha spiccata smorzatura di suono; nulla a carico delle basi polmonari; mobilità attiva dei margini polmonari conservata.

All'ascoltazione respiro tendente al bronchiale sull'apice destro, rantoli sotto crepitanti sulla regione sottospinosa ed interscapolare. Uguale reperto a sinistra dove il processo appare estendersi anche in basso.

Cuore: non vi è bozza precordiale, itto della punta sul 5° spazio intercostale, un po' all'interno dell'emiclaveale. Aia cardiaca in sede normale e di dimensioni normali. Toni ritmici, puri su tutti i focolai, ma un po' deboli.

Arterie elastiche, polso alla radiale ritmico, uguale, piccolo.

Nulla di speciale a carico dell'addome e dei visceri in esso contenuti.

Nulla a carico delle orine e delle feci.

Espettorato scarso, assenza di bacilli di Koch.

Esame batteriologico del sangue negativo. Prove sierologiche per tifo, paratifi, melitense negative.

Wassermann e Sachs Georgi negative.

Cutireazione alla tubercolina: leggermente positiva.

Sangue: globuli rossi 2.800.000; globuli bianchi 6.700; emoglobina 45; valore globulare 0,81.

Formula leucocitaria: granulociti neutrofili 63; basofili 1; linfociti 26; monociti 10.

Anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia, eritroblasti basofili, piastrinopenia.

Assenza del parassita malarico.

Radioscopia e radiografia del torace: all'esame radioscopico e radiografico risultano estese lesioni tubercolari dei due polmoni; a destra in parte peribronchiali ed in parte parenchimali a focolai distinti; a sinistra prevalentemente parenchimali con opacamento a chiazze disseminate prevalenti sul lobo superiore. La mobilità diaframmatica è ben conservata da ambo i lati.

Cuore radiologicamente normale.

Pure essendo grave lo stato generale della paziente, anche per insistenza della famiglia, fu istituito il pneumotorace bilaterale iniziando la cura dalla parte sinistra dove il processo clinicamente appariva più attivo.

Il 23 maggio 1927 pratico il pneumotorace con l'introduzione di 200 cmc. di aria e lo continuo con rifornimenti di 150-200 cmc.

Alla osservazione radioscopica si nota il polmone staccato completamente e l'area uniformemente distribuita.

Il 1° giugno dopo un rifornimento di 250 cmc. di aria e con una pressione finale di -10-6 l'ammalata avverte difficoltà respiratoria. L'esame fisico e il riscontro radioscopico fanno rilevare un pneumotorace costituito con lieve spostamento del mediastino verso destra; il margine destro del cuore deborda di due cent. dalla margino sternale destra ed il polmone poco comprimibile.

La temperatura si mantenne invariabile, ancora abbondanti i sudori notturni, astenia profonda, polso frequente (130), piccolo; respiri 32.

Il 6 giugno inizio il pneumotorace a destra. L'operazione non ha presentato difficoltà nè ha dato alcun fastidio all'ammalata.

Constato con l'esame allo schermo che le due cavità pleuriche erano completamente libere da aderenze e perciò possibile una compressione di entrambi i polmoni verso l'ilo (lasciando a sinistra il limite di compressione raggiunto) e che il mediastino aveva ripreso la sede normale, mi son preoccupato in un primo tempo di non fare insorgere dispnea, forse attribuibile in precedenza al lieve spostamento del mediastino per la scarsa comprimibilità del polmone sinistro e di migliorare le condizioni generali dell'ammalata. Per raggiungere lo scopo il pneumotorace fu mantenuto da ambe le parti con deboli pressioni -12-10 a sinistra, -10-6 a destra e con piccoli rifornimenti (100-150 cmc.) fatti a breve distanza di tempo. Così procedendo mi fu possibile assuefare la paziente al nuovo sistema di cura ed ottenere dopo qualche tempo la scomparsa dei sudori notturni, il miglioramento della sanguificazione e nutrizio-

ne, una modesta diminuzione della tosse con riduzione dei fatti ascoltatori. La febbre pur essendo scemata raggiungeva di sera un massimo di 38.

L'esame dell'espettorato fatto il 15 giugno fu positivo per il bacillo di Koch.

L'aver raggiunto una discreta modificazione nello stato generale col pneumotorace ipotensivo, trovandosi l'ammalata un po' migliorata, m'indusse a tentare se fosse possibile l'aumento di compressione a sinistra il che ottenni senza inconvenienti portando la pressione a -10-6 per mantenerla tale sino al mese di agosto.

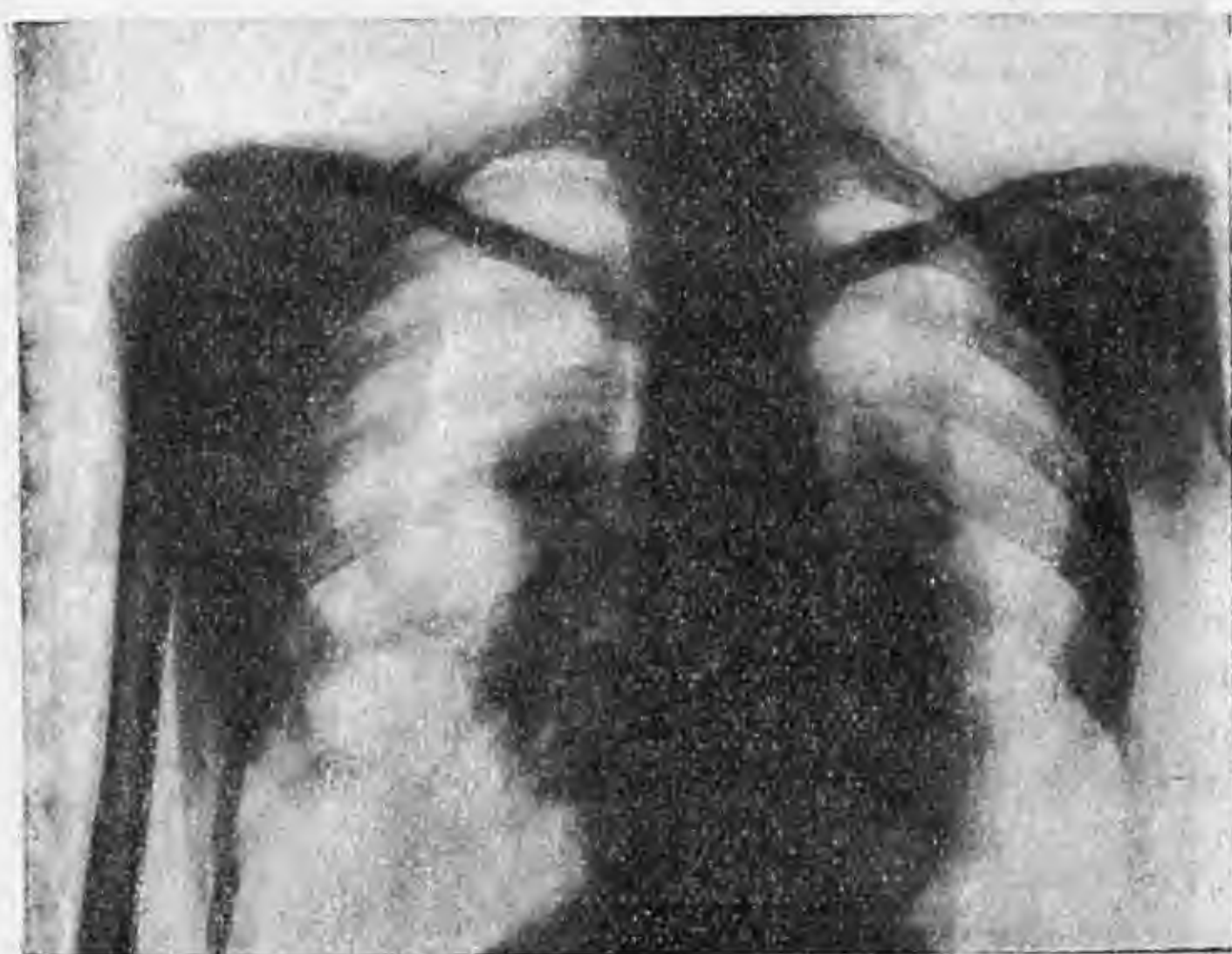



FIG. 1. — Prima radiografia pratica per mettere in rilievo la compressione di entrambi i polmoni nel 1° tempo.

La radiografia praticata allora dimostra quali fossero i limiti di compressione di entrambi i polmoni.

Quest'ultimo tentativo portò per conseguenza ad un notevole miglioramento generale, alla quasi scomparsa della tosse con attenuazione marcata dei fatti ascoltatori e ad una diminuzione della febbre (37,5 la sera).

Raggiunta una così notevole modificazione nello stato generale col pneumo torace ipotensivo ed aumentate di conseguenza le resistenze organiche della paziente, nei rifornimenti successivi, riscontrato che il polmone sinistro poteva essere compresso, la pressione endo-pleurica venne gradualmente elevata.

Seguendo da vicino con ripetuti controlli allo schermo la progressiva riduzione del parenchima respirante si portò questo fino al grado massimo di tolleranza il cui limite si desumeva dalla dispnea, dalla tachicardia e dal pallore che intervenivano allor quando raggiunte pressioni forti si tentava di elevarle con molta cautela. Fissata quindi l'immagine radioscopica dell'optimun di compressione polmonare cui si associava, passati i disturbi fugaci verificatisi durante il rifornimento, un senso di benessere soggettivo dell'ammalata da consentirle successivamente la cura ambulatoria ed una passeggiata quotidiana a piedi senza la minima fatica, mi preoccupai di mantenere la compressione polmonare sempre allo stesso grado, intervenendo solo quando si rilevava allo schermo un accenno di riespansione polmonare.

Ed il grado di compressione raggiunto fu molto accentuato e lo si può desumere dal fatto che in pleura libera da aderenze le pressioni variavano da 0+6 a sinistra e da -2-4 a destra.

Stava l'ammalata in pieno benessere allorquando si iniziò un rialzo termico che perdurò per 4 giorni il che, per quanto l'esame fisico fosse negativo, fece sospettare l'inizio di un versamento. Infatti a distanza di 15 giorni allo schermo si vide che il parenchima polmonare D. era compresso sufficientemente e la compressione si era esercitata in modo particolare sul lobo superiore e nella zona sopra diaframmatica; il margine esterno del polmone S. decorreva parallelamente al margine sinistro del cuore alla distanza di due c. animato da pulsazioni trasmesse. Nei seni costo diaframmatici da entrambe le parti un po' più a S. come quantità si era già formato del versamento libero.

Il versamento di D. scomparve completamente dopo un mese mentre quello di S. aveva tendenza ad aumentare.

Il diminuito riassorbimento dell'aria nelle due cavità pleuriche permise di distanziare i rifornimenti tanto che a S. essi vennero sospesi il 19 agosto e ripresi il 2 gennaio.

Il versamento di S. che scomparve completamente nel mese di gennaio non raggiunse mai l'angolo inferiore della scapola per cui non fu opportuno di estrarlo.

L'ammalata che andò sempre migliorando raggiunse un aumento di 6 Kg. di peso ed il benessere consentì di sottoporsi a strapazzi non risparmiando alcuna fatica.

Come conseguenza forse della presenza del liquido nella cavità pleurica di S. e degli strapazzi a cui l'ammalata senza alcun riguardo si sottoponeva si ebbe una retrazione dell'emitorace tanto che nei rifornimenti successivi vennero raggiunte pressioni di + 13.

Ho voluto misurare la capacità vitale della paziente nel periodo di maggior compressione ottenendo i seguenti dati:

Aria respiratoria corrente cmc. 500.
Aria complementare cmc. 150.
Aria di riserva cmc. 0.

FIG. 2. — Seconda radiografia praticata per dimostrata la compressione estrema raggiunta dai due polmoni e tuttora mantenuta.

I rifornimenti vennero sempre più distanziati; a destra fu mantenuta sempre la stessa pressione

ed a sinistra, ritengo per un ispessimento della pleura, la pressione oscillava fra +10+13.

Attualmente l'ammalata sta benissimo e continua la cura ambulatoriamente.

La seconda radiografia dimostra quale sia stata la compressione mantenuta senza che l'ammalata abbia avuto disturbi di sorta.

Caso II. — B. P., di anni 30, di professione contadino-pastore, coniugato.

Nell'anamnesi familiare non figura alcun che di particolare.

Il paziente ricorda di aver sofferto di malaria verso i 14 o 15 anni con recidive negli anni successivi, poi di essere stato sempre bene sino alla malattia attuale. Dal 1926 cioè da quando sofferse di morbillo in una forma piuttosto grave, ebbe a lamentarsi di malessere generale, tosse, con scarsa espettorazione e inappetenza; pare che un leggero stato febbrile abbia persistito alla infezione in parola.

Dal mese di maggio in poi la temperatura controllata spesso, raggiungeva di sera anche i 39. La tosse, il malessere generale e il senso di astenia andarono sempre aumentando e nell'ultimo periodo si erano aggiunte abbondanti sudorazioni notturne.

L'ammalato si presentò in clinica il 6 settembre 1927 notevolmente deperito, accusando facile stancabilità, anoressia, tosse ostinata.

Dall'esame dell'apparato respiratorio si rilevò un processo bronco-polmonare diffuso ad entrambi i polmoni.

Il cuore che era in sede e di dimensioni normali presentava toni ritmici e puri su tutti i focolai.

Nulla a carico dell'addome e dei visceri addominali, all'infuori di un lieve tumore di milza attribuibile forse alla malaria pregressa.

Nulla di patologico nelle urine e nelle feci.

Negative le ricerche sierologiche e parassitologiche.

L'esame del sangue ha dato oligocitemia ed oligocromemia con valore globulare al di sotto dell'unità. Anisocitosi e poichilocitosi, policromatofilia, qualche eritroblasto ortocromatico e basofilo.

Nell'espettorato numerosi bacilli di Koch.

Cutireazione alla tubercolina; fortemente positiva.

Peso Kg. 56.500. Respiro 24; polso 95; pressione 110; temperatura di mattina 37,6, di sera 38,7.

Diagnosi clinica: broncopolmonite tubercolare bilaterale.

Diagnosi radiologica e radiografica: addensamenti parenchimali a piccoli focolai non confluenti estesi ad entrambi i polmoni. A destra piccola zona di rarefazione circolare della grandezza di una moneta di dieci centesimi a margini ben netti in corrispondenza del 4° spazio intercostale sulla regione parailare.

Il 12 settembre, dimostrandosi il polmone di sinistra all'ascoltazione maggiormente infiltrato praticai il pneumotorace.

Il 21 settembre lo iniziai a destra.

Trattandosi di un pneumotorace simultaneo bilaterale la cura venne fatta alternativamente da ambe le parti.

Esaminando allo schermo il paziente dopo le prime introduzioni di aria e constatato che le cavità pleuriche erano libere da aderenze e possibile quindi la compressione uniforme del parenchima polmonare verso l'ilo, in primo tempo ed allo scopo di migliorare le condizioni generali dell'ammalato il pneumotorace venne mantenuto simultaneamente con deboli pressioni -12-8 e con rifornimenti di piccole quantità di aria (100-150) fatti a brevi intervalli di tempo.

Fu possibile, procedendo a questo modo, ottenere nello spazio di due mesi scomparsa dei sudori notturni e dell'anoressia, miglioramento notevole della nutrizione e della sanguificazione, attenuazione accentuata dei fenomeni ascoltatori, riduzione della quantità di espettorato; apiressia completa; peso Kg. 59.

Raggiunta una così marcata modificazione nello stato generale col pneumotorace ipotensivo, ed aumentate di conseguenza le resistenze organiche del paziente, nei rifornimenti successivi la pressione endopleurica venne gradualmente elevata. Seguendo da vicino, come fu fatto nel caso precedente, con ripetuti controlli allo schermo la progressiva riduzione del parenchima respirante si portò questa fino al grado massimo di tolleranza il cui limite veniva desunto dalla dispnea e tachicardia che intervenivano allorquando si tentava di elevare con molta cautela la pressione. Fissato allo schermo il limite massimo di compressione polmonare che permettesse passati i disturbi fugaci verificatisi durante il rifornimento, all'ammalato di continuare la cura ambulatoriamente ed una passeggiata quotidiana senza fatica, mi preoccupai di mantenere la compressione polmonare press'a poco allo stesso grado solo intervenendo quando veniva riscontrata una riespansione polmonare. Il grado di compressione raggiunto in questo ammalato fu molto accentuato e lo si può desumere dal fatto che le pressioni variavano da — 2 a + 6 a destra e da — 2 a + 2 a sinistra.

Il 28 novembre l'ammalato che era stato sempre apirettico e sentendosi bene non aveva riguardi di sorta per la sua persona, ebbe un leggero rialzo termico che durò appena cinque giorni e poi scomparve. L'esame fisico per il momento non mise in rilievo alcuna alterazione che potesse spiegare la temperatura; dopo dieci giorni però l'indagine radioscopica fece notare un leggero versamento nel seno costo diaframmatico di destra, che tale rimase senza subire alcun aumento fino al marzo in cui si ebbe il riassorbimento totale. Nello stesso periodo preceduto anche questa volta da modico rialzo termico e da dolorabilità alla base dell'emitorace sinistro si formò del liquido a sinistra che non raggiunse mai quantità notevoli da richiedere la toracentesi. In tali condizioni pur mantenendo le pressioni più sopra segnate, ma con rifornimenti più distanziati per il diminuito riassorbimento dell'aria, l'ammalato rimase fino alla fine di marzo, epoca in cui, per ragioni di famiglia, volle recarsi in paese. Ivi dopo quattro giorni di permanenza venne colto da un processo febbrile molto elevato associato a corizza, mal di gola, tosse, dispnea marcatissima, ambascia respiratoria, senso di soffocazione. Questo stadio perdurò circa otto giorni dopo di che il paziente decedette in piena asfissia.

Questi dati furono forniti dal medico del paese dopo il decesso dell'ammalato.

Quale la causa della morte? Probabilmente una forma influenzale che in quel periodo era molto diffusa nel villaggio e che in lui acquistò una particolare gravità forse perchè non si procedette subito alla distensione polmonare.

Caso III. — M. M., di anni 31, casalinga, coniugata.

Negativa l'anamnesi familiare, così pure quella personale sino alla malattia attuale iniziatasi, pare, con una pleurite secca a sinistra lo scorso anno durante la permanenza in Francia dove trovavasi col marito emigrato per ragioni di lavoro.

Da vari mesi ha tosse con espettorazione, febbre che la sera raggiunge i 38,5, malessere generale, dispnea, anoressia, sudorazioni notturne. Ha dimagrito notevolmente.

Il 15 settembre si presenta in clinica.

La paziente è notevolmente deperita con pannicolo adiposo scarso, masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche; micropoliadenia diffusa; nessuna alterazione nella conformazione scheletrica.

Peso Kg. 50, respiro 25, polso 93, pressione 105, temperatura della mattina 37,4, della sera 38,5.

Nulla di speciale a carico del capo e del collo.

A carico dell'apparato respiratorio processo broncopolmonare bilaterale.

Nulla di patologico a carico del cuore; nulla a carico dell'addome e dei visceri addominali.

Nelle orine e nelle feci nessun dato patologico.

L'esame del sangue ha dato: oligocitemia, oligocromemia, valore globulare inferiore all'unità. Anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia, rari eritroblasti ortocromatici e basofili.

Le ricerche sierologiche e parassitologiche diedero risultato negativo.

Cutireazione alla tubercolina fortemente positiva.

L'espettorato muco purulento si presenta ricchissimo di bacilli di Koch.

Diagnosi clinica: broncopolmonite bilaterale tubercolare.

Diagnosi radiologica: opacamento a chiazze piccole disseminate di tutto il lobo superiore del polmone destro con zona di rarefazione circolare a margini ben netti grande quanto una moneta da una lira che occupa in parte il primo spazio intercostale ed in parte copre la seconda costola e coincide nel suo margine laterale col limite esterno della gabbia toracica.

A sinistra lesioni a focolai della stessa natura ma in grado meno accentuato con zona di rarefazione circolare più piccola in corrispondenza del secondo spazio intercostale lateralizzata.

Il 19 settembre praticai il pneumotorace a destra ed il 23 settembre a sinistra.

Anche in questo caso trattandosi di un pneumotorace bilaterale fin dall'inizio i rifornimenti vengono fatti alternativamente.

Esaminando allo schermo dopo i primi rifornimenti la paziente ho constatato che l'aria aveva determinato il distacco del parenchima polmonare destro dalla gabbia toracica in tutte le direzioni ad eccezione della parte apicale, la quale si presentava appuntita e stirata verso l'alto.

A sinistra si vide che nella proiezione P. A. il polmone era appena staccato dalla parete toracica mentre ruotando l'ammalata in proiezione O.A.S. si notava che il pneumotorace si era istituito con una compressione polmonare discreta nel senso P. A. ed estesa dall'apice alla regione diaframmatica (aderenze pleuriche estese della parete anteriore).

Così come nei casi precedenti in un primo tempo ed allo scopo di migliorare le condizioni generali dell'ammalata fui di avviso di mantenere il pneumotorace con deboli pressioni a destra (-12-8) più accentuate a sinistra (-4+2) dato che le aderenze le permettevano e con rifornimenti di piccole quantità d'aria fatti a brevi intervalli di tempo.

Ben presto così procedendo ebbi ragione dei sintomi generali con scomparsa dei sudori notturni, dell'anoressia e miglioramento notevole della nutrizione e sanguificazione. Scomparvero pure i segni ascoltatori, la tosse e la febbre per non più ricomparire neanche quando vi fu accenno di versamento nei due cavi pleurici.

Modificatosi così lo stato generale e preoccupandomi sia dei fatti cavitari specie a destra che delle aderenze di sinistra, volli in seguito elevare gradatamente la pressione endopleurica sempre controllando con opportuni esami radioscopici la compressione polmonare. Così facendo mi fu possibile mantenere a destra una pressione di 0+4 ed a sinistra +12 per tentare di vincere le briglie aderenziali, il che non è stato mai possibile.

Il 9 dicembre senza che l'ammalata presentasse in precedenza fatti subiettivi, fu rilevato alla radioscopia un piccolo versamento nel seno costo diaframmatico destro il quale si mantenne sempre in scarsissima quantità fino alla fine di aprile. In questo mese, anche esso senza fatti subiettivi, comparve un piccolo versamento nel seno costo diaframmatico sinistro.

Il diminuito riassorbimento dell'aria nelle due cavità pleuriche permise di distanziare notevolmente i rifornimenti pur mantenendo intatti i limiti di compressione. Mai si verificò nell'ammalata disturbo di sorta.

Dal mese di marzo i rifornimenti vengono fatti ambulatoriamente; è tuttora in cura e dice di sentirsi benissimo.

Quali insegnamenti offrono questi tre casi?

Non è possibile, come hanno fatto alcuni autori, fissare nel pneumotorace bilaterale limiti di compressione allorquando dalla collassoterapia vogliamo ottenere risultati che vadano più in là del miglioramento nelle condizioni generali.

La distanza del margine polmonare dalla gabbia toracica, fissata da alcuni autori, di 6-8 cm. da un lato, di 3-4 cm. dall'altro non può essere ritenuta esponente di una compressione efficace. Qualche volta, come è avvenuto nel 1° caso, come d'altronde hanno fatto Zuccola e Giani in minor grado, per raggiungere effetto terapeutico efficace, occorre arrivare a pressioni più accentuate pur senza produrre pericoli nei pazienti.

La misura della capacità vitale nel primo caso, essendo assente l'aria di riserva ci dice che portando il collasso polmonare alla completa soppressione dell'aria residua, gli scambi respiratori non subiscono modificazioni.

Le conclusioni che possiamo trarre sono queste:

1) È possibile, se vi è l'indicazione e le aderenze lo permettono, istituire la collassoterapia simultanea bilaterale.

2) La collassoterapia ipotensiva bilaterale è un buon mezzo nelle forme polmonari a carattere bronco-pneumonico ma sopratutto nelle forme poco avanzate.

3) I limiti di compressione fissati da al-

cuni autori non possono essere ritenuti esponente di una compressione efficace agli effetti utili della cura.

4) Con una compressione graduale è possibile raggiungere da entrambe le parti pressioni elevate senza arrecare disturbi di notevole grado nei pazienti. Bene inteso bisognerà sempre regolarsi caso per caso e con un buon riscontro clinico e radiologico.

5) La collassoterapia bilaterale essendo ben tollerata, si presenta così di notevole efficacia terapeutica.

Questi fatti che pur contrastano col canone inviolabile della collassoterapia, servirebbero a togliere quel senso di diffidenza e di paura nell'applicazione del pneumotorace bilaterale.

RIASSUNTO.

L'A. illustra la possibilità e la convenienza della collassoterapia bilaterale simultanea, attuabile sovratutto nelle tubercolosi poco avanzate.

BIBLIOGRAFIA.

Per la bibliografia sull'argomento consultare i lavori di:

P. F. ZUCCOLA. *Sul Pn. contemporaneamente bilaterale*. Policlinico, Sez. Pratica, 1926, pag. 81.
E. GIANI. *Pn. artificiale contemporaneamente bilaterale*. Ibid., 1926, pag. 84.
V. SECHI. Giornale di Clinica Medica, 1925, 31 ottobre.
BRECCIA. Presse Médicale, 1926, pag. 1022.
COURMONT. Ibid., 1926, 28 aprile.
M. W. JULLIEN. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1927, n. 22.
RIST e COULAUD. Ibid., 1927, n. 18; 1928, n. 19.
KARTZMANN, RAVICHT, VENCHTEIN, ecc. I problemi della tubercolosi, 1928, n. 2 (russo).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI IN ROMA
Sez. III diretta dal prof. CATTAROZZI.

Sulla cura insulinica del diabete nei tubercolotici. Emottisi mortali durante il trattamento insulinico.

Dott. GIOVANNI RIZZO, assistente.

Gli studi sulla cura insulinica del diabete nei tubercolotici sono stati iniziati subito dopo la scoperta dell'insulina, ed i primi risultati sperimentali e clinici non secondarono le troppo entusiastiche speranze degli osservatori. Leon Bernard nel 1923 segnala che gli autori americani consideravano la tubercolosi come una controindicazione allo impiego della insulina. M. Cabrol nel 1923 trattò con l'insulina un diabetico con lesioni tubercolari avanzate, e se ebbe miglioramento della glicemia, non migliorarono il peso del paziente e gli altri sintomi, e l'ammalato morì bruscamente, senza che per altro la morte rapida si sia potuta mettere sul conto della insulina.

M. Sezary nel 1923 ha curato anch'egli con l'insulina un diabetico con tubercolosi, ed il malato morì di tubercolosi, senza che egli abbia potuto notare l'effetto felice che il trattamento insulinico produce nei diabetici ordinari.

Ma a queste prime osservazioni sfavorevoli se ne aggiunsero ben presto delle altre di non minor valore.

H. Chabanier, C. Lobo-Onell, M. Labert in numerose pubblicazioni sul *Journal des praticiens* e sulla *Presse Médicale* del 1923-24 non ammisero che l'insulina fosse controindicata in certi tubercolotici perchè potesse risvegliare le lesioni, ma sostennero invece che l'insulina non è capace nè di favorire nè di ostacolare lo sviluppo del processo tubercolare, e che l'inconveniente dell'esistenza della tubercolosi è di compromettere di solito il miglioramento dello stato generale che l'insulina è suscettibile di determinare nei diabetici. Labbé, Birth e Boulin trattarono nel '23 quattro diabetici tubercolotici gravi con l'insulina, ed ottennero risultato favorevole (non aggravamento della tubercolosi, non *poussées* evolutive, non elevazione di temperatura; non accentuazione dei segni funzionali), ma aumento di peso e miglioramento dello stato generale, scomparsa della acidosi e della minaccia di intossicazione, onde essi ritennero che l'azione dell'insulina nel diabete è la stessa nei diabetici tubercolotici e nei diabetici ordinari, e

conclusero che la tubercolosi polmonare non è una controindicazione al trattamento insulinico. Lo stesso pensarono nel medesimo anno Lansum e Chenisse.

Nel luglio del '24 alla Società Medica degli Ospedali di Parigi vi fu una lunga e dotta discussione sull'argomento, e contro Banting, Campbell, Joslin, Allen, che consigliavano ad ogni costo l'uso dell'insulina, elevarono solenne la loro voce Blum, Rothery, M.lle Dreifus, Sée, M. Monnier, i quali riferirono le loro osservazioni su malati che, malgrado la cura insulinica ed un lieve miglioramento dello stato diabetico, morirono per rapida diffusione della bacillosi, alla cui insorgenza ritennero l'insulina non completamente estranea. Particolarmente interessanti furono le osservazioni di Vignard e di M. H. Dufour; Vignard riferì di un diabetico di 60 anni, il quale, in seguito a cura insulinica, migliorò dello stato diabetico, ma morì quindici giorni dopo l'ultima iniezione di insulina, per bronco-polmonite tubercolare acuta, mentre che prima del trattamento insulinico l'esame accurato del malato e dei polmoni non aveva rivelato lesioni bacillari clinicamente apprezzabili.

M. H. Dufour riferì di una donna anziana a cui l'insulina fece scomparire lo zucchero dall'urina, senza però impedirle di ammalare e di morire per tubercolosi.

Da allora, una volta aperta la discussione, si sono susseguite le ricerche e le relazioni, e si giunge così, attraverso il discorde parere degli uni (M. M. Pic, P. Delore, Kilidjlan, Blum, Schwalb) contrari all'uso dell'insulina, e degli altri (M. Halbron, M. Génévrier, Frank, V. Cordier, P. Sedellian, A. L. Hart, Creel) favorevoli all'uso dell'insulina, al pensiero categorico di Rosemberg e Wolf, espresso nel *Klin. Woch.* del maggio 1927, ed accettato da H. Curshmann, ed in Francia da Marcel Labbé, R. Boulin, Justin-Besançon: 1) in un diabetico tubercolotico sufficientemente insulinizzato la tubercolosi evolve come in un paziente a metabolismo basale normale; 2) la tubercolosi nei diabetici è indicazione urgente per la cura insulinica; 3) le forti dosi di insulina influenzano favorevolmente il decorso della tubercolosi; 4) l'insulina può dare bensì lieve aumento di temperatura per due, tre giorni, ma non ha mai aggravato la tubercolosi.

Credo meritevoli di menzione due casi di diabete associato a tubercolosi polmonare capitati alla mia osservazione; ed il cui studio riassumo qui brevemente:

OSSERVAZIONE I. — Sim. Ester. Ricoverata nella III Sezione dal giorno 25 marzo 1928 al 10 agosto 1928, e dal 22 novembre 1928 al 2 gennaio 1929.

Anni 58, maritata; 14 gravidanze a termine ed un aborto. Polmonite a 32 anni. Da parecchio tempo accusa debolezza, cefalea, polifagia, polidipsia, e poliuria.

Da un anno circa tosse, affanno, dolori vaghi in tutto l'emitorace sinistro: verso la fine del gennaio 1928 modica emoftoe.

E. Obb. Donna alta, macrosomica: condizioni generali mediocri: nutrizione scaduta: colorito bruno pallido della cute: lingua umida.

Polso a media frequenza ritmico. Respiro 19; temperatura 36,8.

Torace: riduzione evidente di suono nelle fosse sopra- e sotto-spinosa sinistre, sopra-spinosa destra, e nelle regioni sottoclavicolari.

All'ascoltazione respiro aspro e scarsi fatti umidi sparsi qua e là nell'ambito polmonare.

Cuore, addome: nulla di notevole.

Riflessi cutanei e tendinei: normali; pupille uguali e reagenti.

Ricerche speciali: Wassermann negativa. Espettorato: K. +.

Esame radiologico del torace: P. S.: Apice sinistro velato; marezzatura del sottoapice. P. D.: zona di infiltrazione a forma di grosso nodulo nel sottoapice.

Esame delle urine: albumina assente; zucchero 66 per mille; peso specifico 1031; acetone: traccie lievi; acido diacetico: assente; sedimento: nulla di notevole.

Esame del sangue: segni di anemia a tipo secondario; glicemia: 2,81 per mille.

Peso: Kg. 73.

L'inferma è rimasta ricoverata nella III Sezione dal 25 marzo 1928 al 10 agosto 1928: durante i primi giorni della sua degenza in ospedale ha emesso sputi sanguigni.

Qualche punta febbrile vespertina (37,1-37,5) di tanto in tanto.

Nella mattina del 13 aprile l'inferma vien colta da vertigine e obnubilamento della coscienza, in seguito a che si riscontrò una lieve paresi del facciale e degli arti di sinistra, senza però evidente accentuazione dei riflessi, senza clono e senza Babinski, fenomeni morbosi che a poco a poco migliorarono, residuando solo una lieve debolezza dell'arto inferiore sinistro.

E' stata sottoposta a cura insulinica Lilley con un massimo di 40 unità giornaliere: il tasso dello zucchero nell'urina è diminuito entro 5 mesi circa, dal 66 per mille al 10 per mille, il tasso glicemico ha oscillato da un massimo di 2,81 per mille ad un minimo di 2,50 per mille, e la poliuria da un massimo di 2200 ad un minimo di 1600 cmc. giornalieri: la nutrizione, lo stato generale, le lesioni polmonari, sono rimasti presso a poco stazionari, anzi il peso da Kg. 73 è diminuito a Kg. 71.

Dal 10 agosto 1928 al 22 novembre 1928 l'inferma è stata lontana dalla nostra osservazione, poichè, per suoi particolari interessi, ha voluto uscire dall'ospedale. Il 22 novembre ha chiesto di nuovo ricovero accusando malessere, debolezza, dimagramento, progressivamente crescenti.

L'esame fisico e l'esame radiologico del torace danno un reperto presso a poco simile a quello riscontrato nel marzo; glicosuria 40 per mille; glicemia 2,50 per mille; peso Kg. 69.

Si prosegue la cura insulinica, dapprima con piccole dosi (10+10 unità giornaliere), che poi si aumentano fino a 40+40 unità giornaliere: dopo un mese circa di trattamento insulinico, e mentre la glicemia si mantiene ancora alta (2,31 per mille), l'inferma vien colta da grave emottisi la quale perdura e continua grave nei giorni seguenti, malgrado tutte le cure emostatiche, accompagnandosi a reazione febbrile irregolare intorno ai 38 gradi, a repentino aggravamento delle condizioni generali, ed a pioggia di rantoli nell'ambito polmonare: si sospende la somministrazione dell'insulina il 31 dicembre 1928, e l'emottisi diminuisce: l'inferma però, ormai gravemente estenuata, muore il 2 gennaio 1929.

Osservazione II. — D. M. Maria, ricoverata nella III Sezione dal giorno 27 giugno 1928 al 20 agosto 1928, e dal 1° al 21 gennaio 1929.

Anni 56; nulla nel gentilizio; ha sposato a 30 anni: un aborto; non ha avuto figli.

È stata sempre bene fino al marzo 1928: da allora tosse, qualche dolore alla spalla, dimagramento.

Da qualche tempo, polidipsia e poliuria.

Esame obbiettivo: condizioni apparentemente non gravi; nutrizione scaduta; lingua umida; polso a media frequenza, ritmico.

Respiro 21; temperatura 37.

Torace: riduzione di suono su ambedue le regioni apicali e sottoapicali: all'ascoltazione qualche sibilo, qualche sfregamento, e qua e là, sparsi sui campi polmonari, scarsi rantoli a fini e medie bolle, inspiratori.

Cuore e addome: nulla di notevole.

Riflessi cutanei e tendinei normali, pupille uguali e reagenti.

Ricerche speciali: Wassermann negativa; espettorato K. +.

Esame radiologico del torace: bronco-polmonite cronica bilaterale a tipo fibroso, prevalente, a destra, nel medio torace, a sinistra, nel sotto-apice.

Esame delle urine: albumina assente; zucchero 14 per mille; peso specifico: 1029; corpi acetonici: assenti.

Esame del sangue: segni di anemia a tipo secondario; glicemia 3,20 per mille.

Peso Kg. 56.

Durante la degenza in ospedale dal 27 giugno al 20 agosto 1928 l'inferma è stata sottoposta a cura insulinica: Lilley; lievi punte febbrili vespertine (37,2-37,6); la glicosuria diminuisce dal 14 per mille al 4 per mille; la glicemia dal 3,20 per mille al 2,90 per mille; la poliuria oscilla fra i 2200 ed i 1800 cmc. giornalieri; il peso, lo stato generale dell'inferma, le lesioni polmonari, non hanno subito modificazioni importanti: l'inferma pesa Kg. 55,400 il giorno 17 agosto 1928.

Dal 20 agosto al 31 dicembre 1928, l'inferma è rimasta lontana dall'ospedale.

Il 1° gennaio 1929 ha chiesto nuovamente ricovero perchè è preoccupata, impallidisce, dimagrisce.

L'esame fisico e radiologico del torace danno reperto presso a poco simile a quello riscontrato nel giugno.

Dimagramento accentuato: peso Kg. 45,500; glicemia 4,20 per mille; glicosuria 45 per mille; peso specifico: 1032.

Assenti i corpi acetonici nell'urina.

Il giorno 7 febbraio 1929 si prosegue la cura insulinica (30+30 unità giornailere), e fin dal secondo giorno di trattamento insulinico, compare emottisi grave, la quale si prolunga nei giorni seguenti, malgrado le cure emostatiche, accompagnandosi a lieve reazione febbrile, ma forte aggravamento delle condizioni generali ed a diffusi rantoli nell'ambito toracico: l'emottisi cessa al 13° giorno quando si sospende l'insulina; l'inferma però muore il giorno dopo (21 gennaio 1929).

Dalla disamina dei fatti suesposti, sebbene il periodo di osservazione e di studio delle malate sia stato forzatamente breve, scaturiscono chiare alcune considerazioni. Sì l'una che l'altra inferma non hanno ottenuto evidenti vantaggi dalla cura insulinica, la quale non ha influenzato affatto favorevolmente nè lo stato di nutrizione, nè lo stato generale delle ammalate, nè il decorso della tubercolosi. Si è avuta bensì diminuzione notevole della glicosuria (dal 66 al 10 per mille nell'una malata, dal 14 al 4 per mille nell'altra), e lieve miglioramento della glicemia e della poliuria, ma ciò non ha impedito che perdurasse lo stato diabetico grave, e che le lesioni tubercolari evolvessero verso una fine drammatica. Eppure la storia, l'esame clinico, l'esame radiologico, suggerivano trattarsi di forme tubercolari non nettamente evolutive, per quanto siano ormai a tutti note la tacita malignità e lo spaventoso silenzio della tubercolosi complicante il diabete! E non mi soffermo a discutere se il miglioramento della glicosuria ed il lieve miglioramento della glicemia siano stati esclusivo effetto della insulina, o siano in parte dovuti, per sola ipotesi (accettata anche da Zoia e da altri, e che non ha ancora ricevuto alcun fondamento dimostrativo), alla più intensa metabolizzazione dello zucchero che una rigogliosa produzione di tessuto granulomatoso tubercolare potrebbe esser capace di operare, così come è stato da alcuni ricercatori riscontrato nel cancro complicante il diabete.

A. Abraham pensa che la tubercolosi nei diabetici determini spesso una diminuzione della glicosuria, e qualche volta pure una retrocessione della acidosi, e pare che questi fatti siano dovuti all'azione di una *para-insulina* che Lundberg ha trovato nel tessuto tubercolare bovino ed umano. D'altra parte Hacht ha constatato che i tubercolotici polmonari non diabetici hanno spesso valori di glicemia bassi.

La nostra attenzione però è stata sopratutto attratta dalle condizioni particolari in cui è avvenuta la morte: emottisi mortali durante il trattamento insulinico.

Ha l'insulina avuto importanza nel favorire o provocare l'insorgenza della emottisi?

Numerose e indiscutibili sono ormai le osservazioni che dimostrano come l'insulina, usata a curare il diabete nei tubercolotici, possa provocare reazioni di focolaio per meccanismo aspecifico (elevazione di temperatura, crisi di sudore, modificazione della velocità di sedimentazione delle emazie, modificazione degli ematogrammi), reazioni che talvolta sono molto intense, e possono aggravare il processo tubercolare.

Di codesto avviso sono H. Weskott e W. Schemensky, i quali in alcune loro pubblicazioni, confortate da dimostrazioni cliniche, sostengono che occorre esser molto prudenti nel praticare il trattamento insulinico nei diabetici tubercolotici, giacchè in parecchi casi, pur con dosi piccole o medie di insulina (10-40 unità) si è visto progredire rapidamente il processo tubercolare, fino allora rimasto stazionario, e portare a morte in poche settimane: e che specialmente cauti bisogna essere quando si tratta di diabete associato a forme tubercolari evolutive.

M. Mouriquand, nella *Presse Médicale* dell'aprile 1927, fa notare che i bambini diabetici non ammalano di tubercolosi abitualmente, ma, se li si tratta con la insulina, la sopravvivenza è sufficiente perchè invece di morire di coma, essi possono tubercolizzarsi e morire di tubercolosi.

Rietti nel suo libro *Terapia insulinica* accetta la possibilità che, nei malati di diabete associato a tubercolosi polmonare, si abbiano, in seguito a cura insulinica, reazioni di focolaio ed anche reazioni generali, probabilmente per effetto delle proteine mescolate alla insulina, sicchè egli consiglia di saggiare la tolleranza dei malati, specie nelle forme essudative di tubercolosi, e di usare insulina pura od a piccole dosi.

E nella *Rassegna clinico-scientifica* del novembre 1928 il prof. Zoia riferisce su un caso di diabete associato a tubercolosi polmonare, in cui, con cura insulinica, si ebbe bensì rapido miglioramento della chetonuria, della glicosuria e della glicemia, ma rapidamente pure la forma tubercolare volse verso la polmonite caseosa altamente febbrile, si accompagnò ad intensa emolisi, ad intensa anemizzazione, e portò a morte l'infermo.

Nessun dubbio quindi che, se non di frequente, almeno non tanto raramente l'indagine clinica spinga a concludere che l'insulina aggrava la lesione tubercolare associata al diabete, e che, in simili casi, riguardo all'esito, il risultato del suo impiego non è punto brillante. Lo studio delle due ammalate, su cui più su ho riferito, appoggia la verità di questa tesi: mentre fino a poco tempo prima della morte il reperto toracico era rimasto pressochè invariato; negli ultimi giorni, durante la grave emottisi, le condizioni generali improvvisamente si aggravarono, e gli ambiti polmonari si riempirono di numerosi, sonori e diffusi rantoli.

Con quale meccanismo l'insulina provochi le reazioni sfavorevoli non è ancora ben noto.

Blum e Schwalb pensano, in base alle loro osservazioni: « che il diabetico si trovi in uno stato di anergia, e reagisca poco tanto alla tubercolosi di cui è affetto, quanto alla tubercolina che gli si inietta; sotto l'influenza dell'insulina gli organi del diabetico riprendono uno stato presso a poco normale, e nello stesso tempo la anergia è sostituita da una reattività normale, grazie alla quale la tubercolosi silenziosa del diabetico si trasforma in una tubercolosi presso a poco simile a quella di un soggetto non diabetico ».

Alcuni, fra cui M. Mauriac, credono ad un meccanismo aspecifico, per opera di impurezze del prodotto iniettato, o per opera di albumine della specie animale che ha fornito il pancreas servente alla preparazione della insulina. Altri parlano quasi di meccanismo specifico, mi si permetta l'espressione, legato cioè alla insulina stessa. E, secondo Goffin, nei perturbamenti generali e locali durante la cura insulinica avrebbe anche importanza lo stato di tonicità vago-simpatica dei vari organi.

Si tratta però di semplici ipotesi, abbastanza seducenti forse, ma che mancano di convincente dimostrazione, e che possono accogliersi solo per analogia con quanto si verifica per altre sostanze ed in altre contingenze cliniche e sperimentali.

In questi ultimi anni inoltre si sono sempre più intensificati gli studi sul rapporto fra insulina ed adrenalina, e sembra dimostrato che vi sia antagonismo fra le due sostanze, nel senso che (G. Maranon, L. Quaranta) l'insufficienza surrenale crei uno stato di sensibilità per l'insulina, tanto che in tali circostanze dosi inoffensive di questa possono provocare accidenti clinici gravi e pure mortali.

Ed è oggi conosciuto che uno degli effetti della intossicazione tubercolare si manifesta colla insufficienza surrenale, sicchè in tali casi la somministrazione di adrenalina o di surrenale totale può dare buoni risultati.

Sembra anche che gli autori i quali si sono occupati dell'azione della insulina sull'apparato circolatorio, siano riusciti a dimostrare che

l'insulina determini una dilatazione dei capillari (Rietti), ed, adoperata a lungo nei cani spancreatizzati, una degenerazione epatica ed una estesa e diffusa sclerosi delle arterie (Fischer).

Tutto affatto recentemente sono state osservate emorragie durante e subito dopo il trattamento insulinico. Così I. Gudenam nel novembre '26 descrive un caso di tubercolosi associata a diabete in cui, in seguito a cura insulinica, improvvisamente apparve ematuria, la quale migliorò colla sospensione della insulina, per riapparire dopo ogni nuova iniezione del medicamento.

Iohn Henderson nel febbraio 1927 descrive tre casi di diabete (senza tubercolosi) trattati con l'insulina, in cui si ebbe, dopo un certo tempo di cura, ematuria discreta: siccome gli ammalati erano indenni di malattie renali gli autori lasciarono sospesa la spiegazione della ematuria.

A. V. Neale nel settembre 1928 ha osservato, durante il trattamento insulinico di un bambino di cinque anni, avente zucchero ed acetone nell'urina, una forte ematuria, ma di breve durata, la quale iniziò due giorni dopo l'ultima iniezione d'insulina.

Ed emorragie (del cervello, dei polmoni, sottopleuriche) nel corso del trattamento insulinico, ma di interpretazione discutibile (sebbene, secondo il pensiero degli stessi autori, certamente non in rapporto con malattie preesistenti), sono state riscontrate da R. Hermann e A. Iacoby alla autopsia di diabetici morti in coma.

Dalle ricerche sperimentali eseguite da M. I. La Barré sull'insulina insufficientemente purificata, risulta che detta sostanza ostacoli la formazione e la azione della trombina, e quindi ostacoli la coagulazione del sangue.

È dunque, se non assolutamente certo, almeno molto probabile, che in una malattia tendenzialmente emottoica, quale la tubercolosi polmonare, l'insulina abbia avuto importanza, se non nel provocare, almeno nel favorire l'insorgenza della emottisi, e che, ad ogni modo, abbia non poco contribuito ad aggravarle tanto da renderle mortali. Noi che abbiamo seguìto passo per passo le malate, attraverso le loro sofferenze ed attraverso le loro speranze, siamo stati profondamente colpiti dal fenomeno improvviso e raccapricciante, ed abbiamo riportato netta l'impressione che in tal tumultuoso avvenimento non sia stata affatto estranea l'insulina.

Nulla valse contro tali emottisi: fu pure usata, ma senza apparente vantaggio, la adrenalina: colla sospensione dell'insulina, diminuirono rapidamente le perdite sanguigne: era però ormai troppo tardi!

Riassunto.

L'A. ha studiato due individui diabetici con tubercolosi polmonare, curati con l'insulina, i quali sono morti per emottisi durante il trattamento insulinico; e dalla disamina dei fatti conclude che l'insulina ha avuto importanza se non nel provocare, almeno nel favorire l'insorgenza dell'emottisi, e che ad ogni modo ha non poco contribuito ad aggravarle tanto da renderle mortali.

Bibliografia.

Leon Bérnard, M. Cabrol, M. Sezary, Labbé, Birt, Boulin. *Tuberculose et diabete.* Presse médicale, dicembre 1923.

H. Cabanier, C. Lobo-Onell, M. Labert. *Tuberculose et diabete.* Journal des praticiens; Presse Médicale, 1924.

M. I. La Barrè. Presse Médicale, aprile 1924.

L. Cheinisse, Lansum, R. Hermann, A. Iacoby, Blum, Schwalb. Presse Médicale, febbraio-aprile 1924.

Banting, Campbell, Ioslin, Allen. Policlinico, Sezione pratica, dicembre 1924.

M. F. Rathéry, Mad.lle Dreifus, Sée, H. Dufour. Bullettins et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, luglio 1924.

M. Mauriac. *Les accidents consécutifs aux injections d'insuline.* Presse Médicale, agosto 1925.

H. Wéskott. Münch. med. Wochenschr., settembre 1925.

E. Schonberger. Medical Klinisch., n. 34, nov. 1925.

Le teorie endocrine nella tubercolosi. Tubercolosi, giugno 1926.

V. Cordier et Sedelliann. *L'insulino-terapia del diabete nei tubercolotici.* Journal de Médecine de Lyon, aprile 1926.

I. Gravila. *L'uso della insulina nei diabetici tubercolotici.* Journal de Médecine de Paris, marzo 1926.

Kermann e Jacoby. Klin. Wochenschrift, 1925.

W. Schemensky. Münch. med. Wochenschr., giugno 1926.

Goffin. *Perturbamenti generali e locali durante la cura insulinica.* Riforma Medica, marzo 1926.

Fischer. *Considerazioni sull'insulina.* Minerva Medica, dic. 1925.

M. M. Pic, P. Delore et Kilidylan. *Essais d'insulinothérapie au cours de la tuberculose pulmonaire.* Presse Médicale, aprile 1927.

M. Mouriqand. Ibid., aprile 1927.

Frank. *Cure d'ingraissement par l'insuline.* Revue des Journaux, 1927.

P. Vieillard-Baron. *Résultats du traitement par l'insuline dans le diabète sucré infantile.* Presse Médicale, ottobre 1926.

M. M. F. Dumarest et B. Theodoresco. Ibid., dic. 1926.

M. Halbron, M. Génévrier. Ibid., dic. 1926.

F. DEPISCH. *Lypodystrophie locale de cas de diabète longtemps traités par l'insuline.* Ibid., 1927.
ROSEMBERG e WOLF. Klin. Wochen., maggio 1927.
A. ABRAHAM. *La tubercolosi polmonare dei diabetici e sua cura con la insulina e con la sintalina.* Minerva Medica, maggio 1927.
HACHT. Minerva Medica, maggio 1927.
RIETTI. *Terapia insulinica,* 1927.
Med. Klin., n. 83, 13 maggio 1927.
Deut. Med. Woch., n. 52, 9 luglio 1926, p. 1163.
R. A. Izzo. Rev. Soc. de Méd. Int. et Tisiol., n. 2, 1926, pag. 313.
I. GUDEMANN. Klin. Woch., n. 39, pag. 963, 19 agosto 1926.
H. BOSWEFF. *Tubercolosis and diabetes.* New Orleans M., marzo 1927.
Tuberculose et diabète. Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1924 e 1927.
L. KLABIÈS. *Therapeutic problem.* Rev. de hyg. et de tuberculose, dic. 1927.
H. DORENDORF. *Tubercolosis and diabetes.* Med. Klin., 1928.
E. LUNDBERG. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch., 1928.
M. LABBÉ, A. SELIGMANN, GILBERT, DREYFUS. Rev. Inter. de méd. et de chir., agosto 1928.
O. KLEIN, H. HOLZER. *Actual Reation of Blood in Insuline shoch in man.* Med. Klin., sett. 1928.
LABBÉ, HIERNAUX. *Influence de l'insuline sur le trauble du métabolisme azoté et du lipoides dans le diabète grave.* Presse Médicale, giugno 1928.
M. G. COTTE. *Insulina et fonction ovarienne.* Ibid., gennaio 1928.
F. WOHLWILL. *Les lésions du cerveau causées par des doses excessives de insuline.* Ibid., 1928.
JOHN HENDERSON. *Haematuria following insulin injections.* Brit. Med. J., febbraio 1927.
H. CURSKMANN. Policlinico, Sezione pratica, gennaio 1929.
A. V. NEALE. Brit. Med. Journ., settembre 1928.
L. QUARANTA. *Contributo sperimentale allo studio dello antaconismo funzionale tra surrene e pancreas.* Policlinico, Sezione medica, febbr. 1929.
G. MARANON. *Action de l'insuline dans l'insuffisance surrénale.* Presse Médicale, dic. 1925.
E. B. SALEN et T. NYREN. *Insuline, synthaline et glukhorment.* Ibid., gennaio 1929.
MARCEL LABBÉ, R. BOULIN et JUSTIN-BESANÇON. *Diabète et tuberculose.* Ibid., febbraio 1929.

OSPEDALE CIVILE DI MAROSTICA (VICENZA).

Su di un caso di tubercolosi postvaccinale della mammella sinistra in un uomo

per il dott. PERTILE GIUSEPPE, chir. primario.

Desidero comunicare un caso, che giudico non tanto frequente a verificarsi nella comune pratica professionale, di tubercolosi della ghiandola mammaria in un giovane e robusto contadino di 23 anni d'età, il quale trovandosi a prestar servizio militare due anni e mezzo fa, prima di essere inviato al campo per le esercitazioni estive di montagna, era stato sottoposto assieme ai suoi camerati a vaccinazione profilattica, credo antitifica.

Premetto che il gentilizio del nostro paz. è assolutamente negativo per tubercolosi, che egli ha altri 11 fratelli, tutti in ottimo stato di salute, nè vi fu mai, a quanto mi risulta, negli ascendenti nessun caso di detta malattia. Il p. non ha mai sofferto nella prima infanzia e nella sua giovinezza alcuna forma morbosa degna di nota. È individuo di costituzione scheletrica regolare, con masse muscolari bene sviluppate, cute e mucose visibili che si sono fatte in questi ultimi tempi, un po' pallide, pannicolo adiposo normale.

Egli narra che poco tempo dopo che gli era stata fatta detta vaccinazione profilattica, aveva notato nel punto ove gli era stata praticata, la comparsa di un nodulo grosso quanto una nocciola, facente corpo con la ghiandola mammaria, affatto indolente e che non gli recava per allora molestia alcuna. Senonchè dopo due anni e mezzo e cioè verso la fine di aprile p. p., incominciò a notare che il predetto nodulo andava a poco a poco aumentando di volume, sempre però conservando il carattere della indolenza. Aveva avvertito diminuzione dell'appetito con progressivo affievolimento delle forze, deperimento dell'organismo, malessere, frequente tachicardia, specie durante i più piccoli sforzi che egli andava compiendo nel disimpegnare qualsiasi lavoro. Ricorda ancora che verso sera veniva spesso colto da lievi brividi di freddo con aumento del malessere per cui doveva spesso coricarsi anzitempo.

Per questi disturbi che andavano sempre più accentuandosi, decise di consultare il medico del suo paese, dato che la tumefazione aveva oramai raggiunto notevoli proporzioni e che incominciava a dargli noia non solo, ma gli riusciva di impedimento al lavoro.

Il sanitario consultato giudicando trattarsi di cosa seria, consigliò al paz. di presentarsi da un chirurgo per l'eventuale asportazione del focolaio morboso. Il giorno 14 agosto pp. il giovane contadino si presentò all'ambulatorio di questo ospedale per chiedere il mio parere. All'esame obbiettivo notai una tumefazione che presentava forma rotondeggiante e schiacciata, del diametro di 12 cm. circa poco spostabile sul piano muscolare sottostante e che faceva corpo con la ghiandola mammaria, la quale aveva assunto le proporzioni di una grossa arancia. Rilevai ancora infiltrazione di numerose ghiandole linfatiche del cavo ascellare, una delle quali era più grossa delle altre.

Escluso senz'altro trattarsi di forma luetica per i precedenti personali ed ereditari del paz., non ho creduto necessario eseguire la siero-diagnosi di Wassermann, nè tanto meno istituire alcuna cura del genere anche per non perdere del tempo prezioso. Giudicando trattarsi o di forma tubercolare o neoplastica, sebbene quest'ultima ipotesi non mi sentissi di poter sostenere, trattandosi di un individuo di giovane età, consigliai l'intervento chirurgico, dato che avevo pure potuto constatare la perfetta integrità di tutti gli altri organi del suo corpo.

Il 16 agosto in narcosi morfio-cloro-eterea procedetti alla mastectomia seguita da svuotamento delle ghiandole del cavo ascellare. Procurai di asportare molto ampiamente cercando di cadere con l'incisione su tessuti sani più che fosse stato possibile, a tal punto che incontrai poi qualche difficoltà nell'avvicinare i margini della ferita.

La guarigione avvenne in un periodo di circa 20 giorni con eliminazione abbondante di liquido siero-sanguinolento e prodotti di fusione e disfacimento di tessuto che era indubbiamente stato preso in compatimento per continuità con quello malato. Con l'aiuto della cura elioterapica e di quella iodo-arsenicale il p. non solo ha raggiunto la cicatrizzazione completa della regione operata, ma in breve tempo è venuto acquistando le condizioni di salute perfetta, come ne fanno fede il ritorno progressivo del suo antico vigore con una sanguificazione che presenta, dopo un mese e mezzo dall'atto operativo, un tasso emoglobinico che va avvicinandosi alla norma.

Per l'accertamento diagnostico ho creduto opportuno inviare un pezzo di tessuto asportato e due ghiandole linfatiche tolte dal cavo ascellare, al prof. Giovanni Cagnetto, direttore dell'Istituto di anatomia patologica presso la R. Università di Padova e dal quale mi venne comunicato il seguente reperto:

« È una tubercolosi piantatasi su di una ma« stite cronica postvaccinale. Il tessuto in esame « non ha in fondo più nulla che ricordi la ghian« dola mammaria: è un grosso tubercoloma sorto « per la fusione di numerosi noduli specifici, che « serbano le note istologiche caratteristiche del « tubercolo in involuzione caseosa: quindi cellule « giganti tipo Langhans, cellule epitelioidi a « gruppo ed ammassi linfocitici con frammezzo « isole di sostanza caseosa di dimensioni micro« scopiche. Il tubercoloma ha una pronunciata « tendenza alla metamorfosi fibrosa. In una delle « linfoghiandole regionali, la più grossa, sonvi « tubercoli tipici sottocapsulari ».

Considerazioni.

Per il caso che ho brevemente prospettato è risultata confermata la diagnosi di tubercolosi della ghiandola mammaria come dal testè enunciato reperto istologico dell'Anatomo-Patologo.

Detta diagnosi era stata da me sospettata come la più probabile, quantunque i precedenti morbosi del nostro paz. non deponessero in suo favore.

La tubercolosi della mammella devesi considerare nell'uomo come un'evenienza estremamente rara. Chi scrive questa nota, nella sua ormai lunga pratica professionale di oltre venti anni, non ne ricorda nessun caso. Ne vide solo uno insorto in una donna affetta da tubercolosi polmonare bilaterale avanzata, e che era stata ricoverata in ospedale perchè trovavasi in istato di gravidanza a termine. L'interpretazione del modo col quale il virus specifico aveva potuto in questo caso dal polmone passare alla gh. mammaria, che stava in quel momento per assumere la funzione secretiva, non mi sembra cosa che presenti delle gravi difficoltà.

Nel caso invece che forma oggetto di questa mia comunicazione, il modo e il perchè il germe deve esservi stato portato sono tutt'affatto diversi, quando si pensi che ci troviamo di fronte a individuo giovane e robusto senza precedenti morbosi e con esame obbiettivo assolutamente negativo.

Egli era stato vaccinato circa tre anni prima, pare, contro la infezione tifoide e sul punto sede della iniezione, eragli poco tempo dopo comparso un nodulo grosso come una nocciola che al paz. non recava noia alcuna, nodulo che vi aveva determinata una mastite reattiva ad andamento cronico.

Non è risultato che in precedenza il paz. abbia riportato traumi di sorta alla regione stessa come causa predisponente.

Il solo trauma invece, se come tale lo si vuol considerare, sarebbe stato quello prodotto dalla iniezione vaccinante, intervenuto come abbiamo detto parecchio tempo prima. Non si può pensare che il virus tubercolare vi sia stato portato insieme col virus antitifico perchè in simbiosi, o con la siringa non previamente sterilizzata, o per passaggio di esso virus da un individuo che lo avesse circolante in quel momento nel sangue, qualora non fosse stata osservata l'asepsi da parte di chi praticò la puntura; e allora siamo indotti e dobbiamo credere, che la vaccinazione profilattica antitifica deve aver agito da *richiamo* del bacillo della tubercolosi avendo determinato in sito un *locus minoris resistentiae*, richiamo avvenuto, pur a così notevole distanza di tempo, da qualche ghiandola linfatica infiltrata e localizzata in regione poco lontana dalla mammella, forse peribronchiale.

Questa ipotesi mi sembra ancor più avvalorata quando si pensi che l'evoluzione della forma morbosa, ha avuto il suo inizio nello scorso mese di aprile, epoca questa quanto mai favorevole al risvegliarsi di forme tubercolari che si trovino allo stato di latenza.

Sommario.

Tubercoloma della gh. mammaria sin., sviluppatosi in un giovane robusto, nel corso di 3 anni; evidente rapporto con una iniezione profilattica (presumibilmente antitifica); asportazione.

NOTE E CONTRIBUTI.

La prognosi delle paraplegie da spondilite tubercolare.

Dott. LUCIO URBANI, aiuto negli Osped. di Roma.

Isolare nelle paraplegie pottiche alcuni tipi anatomo-clinici, descrivere di questi l'evoluzione e la sintomatologia, formulare alcune regole circa la loro evoluzione lontana per prevedere una guarigione o una infermità incurabile è cosa di grande interesse pratico.

Questo studio analitico si deve in gran parte a M.me Sorrel-Dejerine che all'ospedale marittimo di Berk ha studiato esaurientemente dal lato prognostico 42 casi di paraplegie pottiche.

Mi sembra giusto fare una rapida sintesi del suo lavoro e formulare le ragioni per cui ad un paraplegico da morbo di Pott si predice se la sua malattia guarirà o sarà incurabile.

Riassumerò rapidamente alcune storie d'infermi che ho seguito e che rientrano nei vari gruppi isolati dalla Sorrel e terminerò con alcune regole fondamentali che non debbano essere ignorate dai pratici comuni.

La prognosi è scientifica e non frutto d'immaginazione e ha il suo fondamento sulla esatta conoscenza dei disordini anatomo-patologici causati dalla malattia.

In presenza d'una paraplegia da morbo di Pott il pratico si deve domandare quale sia il meccanismo di compressione, quali siano le alterazioni midollari e se esse possano regredire. Dalla risoluzione di questi problemi è chiarito l'esito ulteriore della malattia.

Le più frequenti cause di compressione nella spondilite tubercolare sono l'ascesso intrarachideo e la pachimeningite tubercolare. La compressione d'origine ossea è rara e secondo Kraske esiste soltanto nel 2 % dei casi.

Molto più raramente la causa meccanica di compressione manca e allora i sintomi midollari sono dovuti a stasi linfatica e a tumefazione edematosa infiammatoria perifocale; questa causa di compressione è rapidamente transitoria.

Le paraplegie da morbo di Pott dipendono dunque praticamente da queste tre cause anatomiche: ascesso intrarachideo, pachimeningite esterna ed edema infiammatorio.

Quali sono i sintomi clinici che si sovrappongono a questi tipi anatomici? Quale il loro decorso e come riconoscerli con sicurezza?

Caratteristica principale delle paraplegie da edema perifocale è quello di stabilirsi rapidamente con sintomi di deficit subito gravi in malati che sono all'inizio della loro malattia e che anzi alle volte la ignorano.

Sono fortunatamente casi favorevoli in cui l'immobilizzazione rigorosa produce un rapido miglioramento.

Riferisco un caso osservato ambulatoriamente all'Ospedale di S. Spirito.

P. M., è un bambino di apparenza robusta dell'età di 6 anni che da tre mesi accusa dolore al dorso e reclama spesso dalla mamma di essere portato in braccio.

Da circa una settimana non è più capace di camminare e di reggersi in piedi e la madre me lo conduce e mi chiede ansiosa la sorte futura del suo bambino.

L'e. obbiettivo dimostra dolenzia spiccata sull'apofisi spinosa dell'VIII vertebra dorsale e all'esame radiografico si riscontrano alterazioni a carico del corpo della dorsale VII e VIII.

La motilità volontaria degli arti inferiori è quasi completamente abolita, esiste clono del piede e della rotula e Babinski bilaterale, non disturbi della sensibilità e degli sfinteri.

La diagnosi è di paraplegia spastica da spondilite tubercolare e la prognosi sembra buona per la insorgenza rapida della paraplegia che fa pensare ad alterazioni d'origine flegmasica.

Tranquillizzo la madre che è una popolana intelligente e consiglio il trattamento in reclinazione che è rigidamente osservato dalla madre e di buon grado accettato dal bambino.

Dopo qualche mese il bambino comincia a muovere gli arti ed ora a distanza di due anni la madre me lo ha ricondotto completamente guarito: residua un lievissimo gibbo e una vivacità dei rotulei.

Le paraplegie causate da ascesso intrarachideo si stabiliscono in modo più lento (uno o due mesi e più) e richiedono per la guarigione circa due anni; migliorano col vuotamento dell'ascesso ma non regrediscono completamente perchè la membrana tubercologena che forma la parete di questo agisce da causa di compressione.

Ricordo le storie di due malati che ho seguito completamente per due anni.

In ambedue i casi si trattava di giovani sui 20 anni che erano malati di spondilite da circa 14 mesi. A poco a poco gli infermi cominciarono a camminare con fatica, poi furono costretti al letto e la paraplegia si stabilì quasi completamente nello spazio di tre mesi.

Quando io li visitai erano circa da tre mesi in letto e presentavano i sintomi della paraplegia spastica con clono del piede e della rotula, scarsi disturbi della sensibilità nel senso di una ipoestesia dolorosa e sfinteri in ordine.

La spondilite era a carico delle ultime dorsali in un caso, dell'VIII in un altro e in quest'ultimo esisteva un ascesso mediastinico che punsi varie volte per via paramediana posteriore e che trattai con glicerina iodoformica.

Poichè si trattava di giovani validi con esame toracico negativo feci diagnosi di paraplegia da ascesso intrarachideo e formulai una prognosi favorevole.

Le cose sono andate secondo le mie previsioni

e questi giovani a distanza di due anni camminano con busto ortopedico.

La paraplegia pottica da pachimeningite tubercolare evolve lentamente e in malati che da lungo tempo hanno una spondilite non rigorosamente curata.

La mia esperienza anche su questo punto si fonda su due casi in cui disgraziatamente non ho potuto fare l'autopsia.

La paraplegia in questi infermi si stabilì rispettivamente tre anni e quattro anni dopo l'insorgenza della spondilite e fu preceduta da fieri dolori radicolari che non lasciavano requie ai pazienti. Uno di questi malati con diagnosi d'ischialgia aveva sperimentato lungamente cure termali e s'era sottoposto ad una dispendiosa cura diatermica.

La paraplegia dapprima spastica si fece rapidamente flaccida e insorsero disturbi sensitivi e degli sfinteri. La fine si ebbe in un caso per urosepsi ascendente accompagnata da forti elevazioni febbrili e in un altro per vasto decubito sacrale e meningite terminale.

CONCLUSIONI.

Le paraplegie pottiche sono in genere le paraplegie più facilmente guaribili con una cura rigorosa d'immobilizzazione.

Le paraplegie ad insorgenza rapida in spondiliti che evolvono da poco tempo sono piuttosto rare e rappresentano i casi più favorevoli; la loro base anatomo-patologica è costituita dall'edema perifocale.

Le paraplegie che evolvono nel primo anno di malattia e che impiegano per giungere al loro periodo di stato due-quattro mesi impiegano per guarire circa due anni e dipendono dall'ascesso intrarachideo.

Le paraplegie che si stabiliscono in vecchi spondilitici — lentamente — accompagnati da fieri dolori sono incurabili; esse sono legate alla pachimeningite tubercolare.

In riassunto gli elementi che sembrano di prognosi sfavorevole sono il lento stabilirsi dei fenomeni, la presenza di dolori radicolari che non cedono alla immobilizzazione: la paraplegia flaccida, i disturbi trofici e degli sfinteri.

L'indagine radiologica con il lipiodol produce — secondo l'esperienza della Sorrel — arresto della sostanza radioopaca al livello del punto di compressione nei casi di ascesso e di pachimeningite e di arresto nel cul di sacco sacro-coccigeo nei casi dovuti ad edema.

BIBLIOGRAFIA.

1. Percival Pott. *Remarques sur cette espèce de paralysie des membres inférieurs qui accompagne souvent le courbure de l'épine e qu'on suppose causée par elles avec manière de guérir cette paralysie*. Traduction française del 1783.
2. M.me Sorrel-Dejerine. *Contribution à l'étude des paraplégies pottiques; essai sur l'évolution et le pronostic basé sur 40 obervations personnelles*. Masson, 1926.
3. Etienne Sorrel e M.me Sorrel-Dejerine. *Deux cas des paraplégie pottique avec examen de Pièces anatomiques, du mécanisme de la paraplégie*. Rev. neurol., f. 1, n. 4, aprile 1924.
4. Id. Id. *Recherches sur le transit du lipiodol par voie sous-arachnoidienne dans les différentes formes de paraplégie pottique*. Ibid., f. II, n. 1, juillet 1924.
5. Id. Id. *Contribution à l'étude des compressions de la queue de cheval par mal de Pott*. Ibid., f. II, n. 6, dicembre 1924.
6. Id. Id. *Abcès intrarachidien au cours d'un mal de Pott dorsal avec barrage sous-arachnoidien, sans paraplégie; considérations sur l'anatomie pathologique des abcès intrarachidiens*. Ibid., f. I, n. 5, may 1925.
7. J. Deyerine e André Thomas. *Malattie del midollo spinale*. In Brouardel e Gilbert. *Nuovo trattato di medicina*. Trad. del dott. Mattirolo. Unione Tip. Ed. Torinese, 1910.
8. L. Mohr. e R. Staehelin. *Trattato di medicina interna*, volume V.

NOTE DI TECNICA

Ospedale Maggiore di Bergamo.

Istituto Anatomopatologico e di Ricerche Cliniche.

Direttore: Prof. Franco D'Alessandro

Metodo fisico per l'isolamento del bacillo tubercolare con l'innesto in cavia.

Dott. G. F. Capuani.

Nell'eseguire l'innesto in cavia di prodotti patologici allo scopo di ricercare in essi eventuali bacilli tubercolari, si urta contro il pericolo che la presenza di altri germi patogeni banali, determini una setticemia che porta a morte l'animale prima dello sviluppo di lesioni tubercolari.

Allo scopo di eliminare tale inconveniente, e approfittando del fatto che il bacillo della tubercolosi, offre di fronte agli agenti chimici, una resistenza assai maggiore che non gli altri germi, è stato proposto, e viene comunemente praticato, il sistema di trattare il materiale patologico con acidi od alcali in soluzioni di determinata percentuale e per un certo tempo.

I metodi più comuni sono: quello di Löwenstein che tratta il materiale con acido solforico al 10 %, di Hohn con acido solforico al 10 % per mezz'ora, quello di Uhlenhuth che lo tratta con antiformina al 30% e quello di Griffith che lo tratta con idrato sodico al 35 %

pure per mezz'ora. Dopo questo contatto, si centrifuga e si lava un paio di volte con acqua sterile, eventualmente si neutralizza, per poi iniettare sotto cute o nel peritoneo della cavia il precipitato.

Un metodo meno noto, che non è citato dai testi più diffusi nè ho visto praticare in nessun istituto è quello proposto da Bezançon già da parecchi anni (1) e che si basa sopra il principio che il bacillo della tubercolosi resiste all'azione del calore assai meglio e più a lungo che non gli altri germi banali. E precisamente esponendo a 54° per 30 minuti del materiale patologico contenente svariati germi si vede che tutti vengono compromessi sì da essere, con l'iniezione in cavia praticamente uccisi ad eccezione del bacillo della tubercolosi.

L'unico inconveniente è dato dal comportamento delle spore le quali resistono all'azione di tale temperatura per schiudersi poco dopo dando luogo a germi di nuovo vitali e virulenti. Per ovviare a questa evenienza basta sottoporre una seconda volta il materiale patologico alla stessa temperatura e per lo stesso tempo. Tutte le spore sottoposte alla temperatura di 54° si sono dischiuse sotto lo stimolo del calore e i germi nati vengono uccisi dalla seconda esposizione.

Così trattato il materiale patologico può essere iniettato in cavia sia nel sottocutaneo sia nel peritoneo.

*
* *

Ho voluto esperimentare largamente il metodo fisico per vedere se offrisse qualche vantaggio rispetto agli altri sistemi.

L'esperimento fu condotto sopra 60 cavie che non servirono solamente alla presente ricerca, bensì 30 servirono poi per ricerche sperimentali sulla chemioterapia con terre rare (2), altre per studiare il comportamento dell'indice monocitico nella tubercolosi sperimentale, altre infine per lo studio della chemioterapia aurica della tbc. sperimentale.

Le cavie furono infettate con espettorato ricco di bacilli della tubercolosi e di molti germi banali. L'espettorato nella quantità di 10 cmc. diluito in 50 cm. di soluzione fisiologica venne trattato con il calore come si è detto sopra, e iniettato per 10 cavie nel peritoneo, per 50 sottocute. La quantità di diluizione iniettata fu di mezzo cent. cubico avvertendosi che la diluizione era perfettamente omogenea come si può del resto imaginare, pensando all'azione della temperatura a 54°. Allo scopo poi di ottenere una omogeneizzazione anche più completa giova assai di tenere il materiale a 37° nell'intervallo fra le due esposizioni a 54°. In tal modo restano oltremodo facilitati e accentuati quei fenomeni di autolisi dei componenti dello sputo, mercè i quali appunto si ottiene perfetta omogeneizzazione.

I risultati raggiunti sono assai univoci perchè in nessun caso si è avuto nè setticemia nè formazione di ascesso o di necrosi, mentre però tutti gli animali riuscirono gravemente infettati. Solo una cavia morì dopo 10 giorni improvvisamente per causa rimasta ignota. La percentuale di attecchimento dell'infezione è stata del 100 per 100, ciò che dimostra che l'esposizione anche ripetuta del bacillo a 54° non ne riduce la vitalità e non diminuisce il suo potere patogeno per la cavia. In nessuna cavia si ebbe setticemia, e cosa importante non la si ebbe neppure in quelle che ebbero l'iniezione endoperitoneale, in nessuna si ebbero a lamentare ascessi o necrosi nel punto dell'iniezione. Il tempo di sopravvivenza nei controlli (cavie cioè infettate ma non trattate chemioterapicamente) è stato di una media di 40 giorni, ma si comprende che tale criterio ha un valore relativo sia alla quantità dei germi, come alla loro virulenza. Le lesioni tubercolari tipiche ed evidenti non presentavano naturalmente nulla di particolarmente interessante. Il quadro generale quindi dell'andamento dell'esperienza si presentava uguale a quello che si potrebbe avere con l'iniezione di bacilli estratti da una coltura pura.

*
* *

Dall'esperienza fatta dapprima con i mezzi chimici e poscia con il mezzo del calore ho potuto concludere che questo secondo sistema offre degli indiscutibili pregi di *semplicità di strumentario*, di *tecnica*, di *pulizia e di sterilità*, di quanto non offrano i metodi chimici.

Tale semplicità fa sì che l'indagine biologica sia eseguibile ovunque, anche da medici sforniti di attrezzamento batteriologico, purchè dispongano di un termometro e di un animale da inoculazione. Pur essendo personalmente del parere che tali ricerche biologiche debbano sempre eseguirsi in laboratori specializzati non posso a meno di riconoscere che particolari esigenze per circostanze di tempo o di luogo possano rendere necessaria la prova biologica anche al di fuori del laboratorio e

(1) *Précis de microbiologie cliniche.* Masson.

(2) «*La cura della tubercolosi con le terre rare*». Relazione al 1° Congresso Antitubercolare di Napoli.

per ciò può riuscire utile il metodo suddetto. Infine anche per il laboratorio, pur riconoscendo come ho detto che i soliti mezzi chimici sono sufficienti alla pratica quotidiana, penso debba trovar posto anche questo metodo che offre evidenti vantaggi tecnici sopra gli altri, pur serbando uguale valore nell'ottenere il risultato dell'isolamento del bacillo tubercolare quando si tratti dell'innesto in cavia.

Sommario.

L'A. sottopone il materiale sospetto, a due riprese, alla temperatura di 54° C., prima di iniettarlo alle cavie; resistono solo i germi della tbc.

SUNTI E RASSEGNE.

Tubercolosi e sistema nervoso centrale.

(F. Buzzard. *Brit. Med. Journ.*, 11 mag. 1929).

La maggior parte degli individui affetti da tubercolosi cronica presenta disturbi nervosi funzionali, in forma di irritabilità, indecisione, mancanza di considerazione ecc., mentre invece le psicosi vere e proprie non si osservano, sebbene gli psicopatici siano facilmente suscettibili ad ammalare di tubercolosi.

Speciale labilità presenta poi la regolazione del sistema nervoso autonomo, manifestantesi con: piressie, sudori e disturbi vasomotori localizzati. In alcuni casi il simpatico cervicale può essere coinvolto, manifestandosi il fenomeno oculo-pupillare da un lato.

Nè deve restar misconosciuta l'importanza delle zone sensibili o dolorose constatabili su vari punti del corpo, lontani dal focolaio tubercolare.

Di tutte le infezioni del sistema nervoso, fatta eccezione della sifilide, quella tubercolare è certo la più frequente, e spesso si manifesta con la sindrome del tubercoloma cerebrale.

Il quesito diagnostico di una tale forma si impone, specialmente nell'età giovanile, allorquando si ha il quadro di neoplasma di un lobo del cervello o del cervelletto. Il chirurgo deve rammentare, accingendosi a rimuovere un tubercoloma, la possibilità dell'insorgenza di una meningite tubercolare acuta.

Le manifestazioni di questa forma possono talora non esser ben chiare, sì da far pensare anche alla possibilità di una encefalite o di una poliomielite allo stadio preparalitico. Bisognerà perciò, in tutti i casi, rilevare i caratteri del liquor, con le sue ben conosciute peculiarità, delle quali è certamente la più importante quella della presenza del bacillo di Koch, constatabile in una percentuale altissima di casi, purchè la ricerca sia fatta con molta cura.

Per quanto poi riguarda la prognosi della meningite acuta, prescindendo dall'eventuale coesistenza di un processo miliarico, il cui esito è assolutamente infausto, si può oggidì dire che non sono eccezionali le lunghe remissioni ed anche le guarigioni. Tali esiti possono venir messi in rapporto sia ad eccezionali poteri di resistenza dell'individuo, sia a diminuita virulenza dei bacilli.

In taluni casi si può parlare anche di meningite tubercolare cronica o di meningo-mielite, considerandola come una deposizione calcarea circoscritta, o come ispessimenti della leptomeninge, residuati da una pregressa forma acuta, e manifestantisi, in genere, con accessi epilettiformi, a tipo Jacksoniano. La riprova di tale possibilità viene offerta sia dall'indagine radiologica, che dall'eventuale reperto operatorio.

Bisogna infine far cenno anche delle lesioni tubercolari del midollo spinale, e propriamente del morbo di Pott. La paraplegia, che è il sintoma di maggior gravità in questa malattia, può esser dovuta tanto all'inginocchiamento di una vertebra cariata, quanto dall'invasione di un ascesso freddo nello speco, quanto pure dalla formazione di granulazioni tubercolari negli spazi epidurali, formanti un anello di tessuto denso intorno alla dura madre.

Nei bambini la carie è per lo più beneficata dal semplice riposo e dall'estensione, mentre negli adulti spesso sarà necessario l'intervento chirurgico. M. Faberi.

Il sistema neuro-vegetativo nella tubercolosi.

(Bovet. *Schweizerische medizinische Wochensch.*, 1928, 12 maggio).

L'A. ha studiato il tono delle glandule endocrine e del sistema nervoso vegetativo nel corso della tubercolosi.

Le esperienze fatte con l'adrenalina hanno dimostrato che questa prova non ha alcun valore prognostico e che si deve rinunziare a distinguere i tubercolotici in simpaticotonici e vagotonici.

La tubercolosi si accompagna spesso a gozzo ed a morbo di Basedow. Ma nessun fatto giustifica le tendenze degli autori che ritengono che l'ipotiroidismo o l'ipertiroidismo costituiscono una diminuzione della resistenza organica verso il bacillo di Koch.

Anche l'azione delle surrenali è stata variamente interpretata: alcuni ammettono e altri negano un aumento della resistenza verso la tubercolosi nel morbo di Addison.

In riguardo alle glandule sessuali le opinioni sono molto divergenti. Quasi tutti gli autori ritengono che la castrazione abbia un'influenza benefica sul decorso della tubercolosi, mentre la precocità della mestruazione si associa di solito a tubercolosi grave e i disturbi della mestrua-

zione per difetto si associano spesso a tubercolosi benigne.

Quanto al timo, alle paratiroidi, al pancreas ed all'ipofisi è ancor meno possibile per ora alcuna conclusione.

Nella tubercolosi è alterato il metabolismo del calcio, ma non si sa se si tratta di un fenomeno consecutivo alla malattia o predisponente. La terapia del calcio è attiva ma non se ne può dire il meccanismo.

Lo studio del metabolismo basale non ha dato risultati concordanti quantunque quasi sempre si riscontri un leggero abbassamento.

Nei tubercolotici con glicemia elevata si ha una grande labilità del regime termico.

Del metabolismo dei lipoidi non si può dir nulla di sicuro quantunque le sostanze di questo gruppo abbiano una grande importanza nell'equilibrio vago-simpatico.

La formula sanguigna è modificata, le albumine a grosse molecole sono in aumento, e la sedimentazione delle emazie è più rapida.

A carico del tubo digerente si riscontrano segni di neurosi vegetativa. Il vagotonismo gastrico si ritiene un segno di benignità della tubercolosi, quantunque poi la tosse dei tubercolotici è di per sè stesso un fenomeno vagotonico che migliora con la belladonna.

Alcuni considerano la pigmentazione cutanea come un fenomeno favorevole, altri invece le attribuiscono un grave significato prognostico.

L'A. ammette che la tubercolosi dapprima ecciti e poi paralizzi il sistema vegetativo.

DR.

La toracoplastica nel trattamento della tubercolosi polmonare.

(PROUST, MAMER e ROLLAND. *Bull. Min. Soc. Nat. de Chirurgie*, n. 8, 5 marzo 1929, p. 355).

La toracoplastica deve supplire uno pneumotorace incalizzabile, il quale va considerato come tipo di operazione a caldo, mentre la prima è il tipo di operazione a freddo.

I malati da sottoporsi alla toracoplastica debbono presentare delle lesioni del tipo fibroso, in via di retrazione cicatriziale, avendo l'operazione il compito di facilitare la cicatrizzazione mediante la mobilizzazione della gabbia toracica.

È indispensabile un buono stato generale del paziente, ed una resistenza sufficiente, nonchè l'unilateralità delle lesioni. Costituiscono controindicazione alla toracoplastica altre localizzazioni tubercolari. Così pure le lesioni sclerotiche estese ed enfisematose, come dispnea ecc.

Cosicchè la toracoplastica è indicata nei casi di pneumotorace incalizzabile per sinfisi, o quando l'azione dello pneumotorace è insufficiente, o nei casi di sinfisi secondaria.

Mamer ha praticato la toracoplastica paravertebrale: parziale 11 casi, totale 8 casi, o larga 6 casi, in più terapia secondo la estensione dell'operazione. La toracoplastica larga fu praticata quando la estensione delle lesioni polmonari necessitava di una maggiore mobilità della gabbia toracica. Adoperò sempre l'anestesia locale. In 32 casi con 55 operazioni si ebbe 2 morti: uno per generalizzazione del processo ed uno per nefrite acuta sopraggiunta. Non ebbe mai choc postoperatorio.

JURA.

La toracoplastica extrapleurica per via ascellare.

(DUVAL, QUENU e WELTI. *Journ. d. Chir.*, t. 32, n. 6, 1928).

La toracoplastica extrapleurica, con la tecnica di Brauer o con quella di Sauerbruch, come comunemente si pratica, è un'operazione assai grave per la dissezione di un grosso lembo e per la sezione di numerosi vasi muscolari. La via ascellare invece eviterebbe questi inconvenienti permettendo ugualmente l'accesso a tutte le coste compresa la 1ª.

Con essa si seziona solo il gran dentato a livello delle sue digitazioni costali che sono avascolari, si evita la dissezione del grosso lembo di Sauerbruch e si rispettano i muscoli della scapola con gran vantaggio per la funzione del braccio. Solo la mammaria esterna viene sezionata: la legatura si può fare anche preventivamente all'ascella.

L'esecuzione dell'operazione può farsi in uno o più tempi, in anestesia rachidea alta o paravertebrale. Il paziente è coricato sul lato sano col braccio elevato. Incisione cutanea lungo il bordo anteriore del gran dorsale, che in alto devia anteriormente verso il gran pettorale.

Scopertura e sezione del gran dentato in prossimità delle sue inserzioni costali. Si libera la parete toracica indietro passando la mano sotto il gran dentato e ponendovi una valva. Un'altra valva anteriormente allontana il gran pettorale, dando così completa luce sul campo operatorio. Denudamento e sezione delle costole con la tecnica classica adoperando strumenti a manico lungo e curvo per potere arrivare fino all'angolo costale posteriore. La sezione della prima costa, che va fatta al di fuori dello scaleno anteriore, importa talora l'incisione parziale del bordo inferiore del gran pettorale, ma riesce sempre molto facile. Drenaggio tra la pleura e il gran dentato. Sutura di questo muscolo e dei tegumenti.

Gli AA. riportano le fotografie e radiografie di un caso operato da tre anni con risultati ottimi.

G. PACETTO.

Risultati duraturi nella cura con la pleurotomia di pleuriti tubercolari croniche siero-fibrinose.

(Fischensohn. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 565, 1929).

Ha applicato il concetto di cura chirurgica con la laparotomia di peritoniti specifiche, alla cura di pleuriti tubercolari siero-fibrinose, in cui il liquido si rinnovi con rapidità dopo la estrazione.

Ha operato 6 casi con altrettanti successi.

Esegue l'intervento in anestesia locale, apre la pleura all'VIII spazio sulla ascellare posteriore, deterge il liquido, seziona eventuali aderenze e sutura poi a strati la parete.

(Alcuni interventi del tutto simili eseguiti circa 10 anni fa dal prof. Alessandri in pleuritici scelti dal prof. Arcangeli, non sono stati coronati da un successo simile a quello avuto dall'autore).

Valdoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Ascoli A. *La vaccinazione antitubercolare con bacilli vivi negli animali e nell'uomo.* Istituto editoriale Cesalpino. Milano, 1928. L. 50.

L'A. sintetizza nel presente volume i vari argomenti scientifici che depongono in favore della vaccinazione antitubercolare coi bacilli vivi documentandone la applicazione pratica con ricerche da lui istituite sia sui bovini che sull'uomo.

Partendo dal sano concetto, oggidì convalidato da tante diverse constatazioni, che la tubercolosi sia una malattia endemica della razza cui l'individuo sano si sottrae per opera inconsapevole di una lenta vaccinazione che si inizia ai suoi primi contatti colla infezione diffusa nell'ambiente, l'Ascoli sviluppa gli argomenti per cui un tal modo di vaccinazione — l'assorbimento cioè del bacillo vivente da parte dell'organismo — sia il solo efficace a conferire a questo quelle difese immunitarie che lo renderanno poi resistente al contagio. E molto opportunamente rivendica alla Scuola italiana il merito di avere, per la prima, saggiata questa ardita via, pel geniale intuito di un nostro grande patologo: Angelo Maffucci.

I capitoli del lavoro dell'Ascoli sono dedicati alla innocuità della vaccinazione con bacilli vivi, sia per l'individuo trattato, che pei conviventi nell'ambiente.

Nel primo caso pare ormai assodato che il bacillo B. C. G. sperimentato nell'Istituto dell'Ascoli rappresenti una vera razza avirulenta del bacillo bovino; con questa proprietà però di provocare una reazione tubercoligena in sito, ove sia iniettato, senza diffondere oltre per l'organismo il processo tubercolare.

Le ricerche sperimentali e cliniche sulla efficacia di tale vaccinazione nei bovini già sono, in certe zone, da noi molto estese. Dei vari saggi tentati dall'Ascoli e suoi collaboratori in Lombardia, alcuni furono compromessi da infezioni intercorrenti, altri diedero esiti favorevoli e promettenti.

Passando ora dal campo veterinario a quello umano, la questione si fa anche più ardua e grave: ma a tutt'oggi può dirsi che è stata vittoriosamente affrontata ed impostata in modo da promettere buoni risultati. Anzitutto, anche per l'uomo si trattava di mettere fuori di discussione la assoluta innocuità del vaccino: il che risultò provato, sia per la inoculazione sottocutanea (vedi anche le recenti inoculazioni del Heimbeck) che per la introduzione *per os*. Prescelta quest'ultima via, come la più pratica per essere estesa su vasta scala, si dovette poi saggiare quale periodo di vita fosse, nel bambino, più favorevole alla vaccinazione. Dai primi saggi clinici di questi tre ultimi anni sembra finora risultare che il periodo più propizio alla vaccinazione *per os* sia compreso nel bambino dopo i primi dieci giorni di vita. Se i favorevoli risultati dell'Istituto vaccinogeno antitubercolare a Milano, come quelli di altri valorosi patologi — quali ad es. del Francioni e dell'Ottolenghi a Bologna — avranno ulteriore conferma in un esteso numero di vaccinati, si potrà forse fra non molto considerare il metodo della vaccinazione antitubercolare con razze avirulente di bacilli vivi come una delle più benefiche conquiste della scienza. E per noi italiani sarà di grande conforto l'avere avuto, nel Maffucci, il precursore geniale della ardita profilassi.

G. Pighini.

Calmette A. *Die Schutzimpfung gegen Tuberkulose mit* « B. C. G. ». Traduzione di H. H. Kalbfleisch. F. C. W. Vogel, Lipsia, 1928. Mk. 12.

Non è altro che la prima traduzione letterale in tedesco del volume ben noto a tutti, del Calmette sull'impiego del B. C. G. nella profilassi contro l'infezione tubercolare.

Trenti.

J. De Palacios y Olmedo. *Diagnostico de la tuberculosis pulmonar.* J. Morata, editor. Madrid, 1929, pag. 177. 7 pesetas.

Libretto che desidererei diffuso e letto da specialisti e non specialisti. In esso sono esposti ed aggiornati i metodi fisico-biologici più opportuni, perchè consacrati dalla pratica, per giungere con la migliore approssimazione alla diagnosi dell'infezione tubercolare. Un libro così ben schematizzante elimina al medico generico, od al medico, ad esempio, dispensariale, la minuta lettura di trattati voluminosi

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

che, se anche acquistati, vengono solo sfogliati nell'indice o in radi capitoli, per mancanza di tempo. A maggior ragione sulla traccia dei paragrafi dettati dall'Olmedo ciascuno potrà a beneplacito sviluppare le proprie conoscenze su questo o su quel trattato.

La lettura è facilitata dalla nitida edizione e completata da 31 figure.

MONTELEONE.

ICKERT F. *Staublunge und Staublungentuberkulose*. J. Springer. Berlin, 1928. Mk. 4,80.

Questo fascicolo di 60 pagine fa parte dei volumi aggiunti al *Beiträgen zur Klinik der Tuberkulose* ed è dedicato al problema dell'antracosi polmonare e dei suoi rapporti con la tubercolosi polmonare. Costituisce una trattazione completa dell'argomento, da quello che ne sono i precedenti storici, alle ricerche sperimentali, alle deduzioni derivanti dalle più moderne osservazioni specialmente per quanto concerne lo studio della evoluzione delle malattie polmonari nei lavoratori delle miniere dei più diversi minerali. Se alcune polveri, come quelle di origine vegetale non provocano nel polmone condizioni di maggiore recettività allo sviluppo dell'infezione tubercolare, altre invece, e sono specialmente quelle provenienti da minerali a peso atomico elevato, determinano condizioni più favorevoli all'attecchimento ed allo sviluppo dell'infezione tubercolare nel polmone. E l'A. ricorda le prime esperienze del Cesa-Bianchi del 1913 relative a questo problema. Inoltre l'A. si sofferma a lungo sullo studio delle alterazioni polmonari provocate dalla inalazione di polveri, dei vari quadri radiologici da esse determinati e sulle difficoltà di una diagnosi differenziale sicura.

Questo fascicolo illustrato da numerose nitide riproduzioni di radiografie è di particolare interesse per tutti gli studiosi di malattie polmonari e per i radiologi.

TRENTI.

CARPI U. *La collassoterapia nella tubercolosi polmonare e nelle lesioni distruttive del polmone*. Cooperativa Farmaceutica. Milano, 1929. L. 40.

Alle numerose pubblicazioni comparse sul pneumotorace e sulla collassoterapia polmonare in genere, si aggiunge oggi questa del Carpi, ma fra le moltissime essa si presenta di notevole valore e di alto interesse pratico. Come l'A. osserva nella prefazione, il suo lavoro si ispira a scopi eminentemente pratici e di stretta contingenza clinica. Egli fa precedere un capitolo dedicato alla storia del pneumotorace sviluppando il concetto del suo Maestro, il Forlanini, nella ideazione del nuovo metodo di cura, che tanta diffusione ha oggi ottenuto nel trattamento delle lesioni tubercolari del polmone. L'A. tratta poi delle indicazioni della collassoterapia, degli apparecchi in uso nelle varie scuole per il pneumotorace artificiale, della tecnica da seguire, della semeiologia fisica del pneumotorace. Si sofferma in modo particolare sugli esiti del pneumotorace, sul quadro anatomo-patologico del processo di guarigione, sui risultati definitivi di esso, sul meccanismo patogenetico dell'azione curativa del pneumotorace e sui metodi chirurgici di collassoterapia polmonare. Da ultimo l'A. tratta del problema terapeutico del pneumotorace artificiale dal punto di vista sociale. In ogni capitolo l'A. porta il contributo della lunga e ben nota esperienza personale, sì che in ogni questione è manifesta la ripercussione e l'utilità dal punto di vista pratico. È l'opera di chi per molti anni ha studiato profondamente il problema della collassoterapia e si è trovato di fronte alle difficoltà proprie dei vari casi; ha potuto seguirne gli effetti e giudicare esattamente della sua utilità nella cura delle affezioni del polmone e sovratutto di quelle tubercolari. Coloro che si interessano di questo importante capitolo della patologia e della terapia, troveranno nel volume del Carpi una preziosa guida ricca di ammaestramenti pratici e di conoscenze scientifiche. Il volume di oltre 250 pagine si presenta in veste tipografica particolarmente accurata ed è corredato di 90 incisioni con riproduzione di 35 radiografie originali e con 8 tavole a colori.

TRENTI.

R. MONCEAUX. *Troubles des échanges nutritifs dans la tuberculose pulmonaire*. Vol. in-8° di pagg. 449. Girault ed., 1929, Saint-Cloud.

L'A. noto ai tisiologi per i suoi numerosi lavori relativi al trattamento dietetico dei tubercolosi, al metabolismo proteico dei tubercolosi, alla composizione chimica dell'espettorato dei tubercolosi, riunisce in questo volume quanto è venuto accumulando in questi ultimi dodici anni. Lavoro d'insieme basato su ricerche chimiche effettuate all'Ospedale Cochin il cui laboratorio era affidato alla direzione del Monceaux.

I successivi capitoli trattano in maniera non prolissa, degli scambi azotati nei tubercolosi, del metabolismo proteico, del metabolismo dei grassi e dei lipoidi, della genesi della steatosi, del metabolismo degli idrati di carbonio, degli scambi gassosi, dell'equilibrio acido base, degli scambi minerali, della carotinemia ed infine delle conseguenze terapeutiche che ne derivano.

L'obiettivo del Monceaux è di mostrare — in accordo col Delore — che se la tubercolosi è una malattia microbica, sotto alcuni punti di vista è da considerare come una malattia della nutrizione, e che la questione fissa attualmente nella mente dei medici che il tubercoloso è un demineralizzato ed un individuo ad ossidazioni esagerate, non si accorda con i fatti e che alla concezione classica occorre opporre una concezione del tutto opposta.

MONTELEONE.

R. DORIA e G. CESARI. *Il pneumotorace terapeutico*. Vol. in-8° di pag. 88, con 20 figure nel testo. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 12.

La collassoterapia polmonare, inaugurata dal compianto maestro prof. Forlanini, in questi ultimi anni si è andata sempre più affermando ed ha esteso il suo campo di azione. Sotto l'impulso delle esatte osservazioni cliniche si è perfezionata anche nella tecnica.

Era quindi desiderabile, che una breve, ma esatta e completa guida sotto ogni riguardo, fosse messa a disposizione di quei medici, che desiderano impossessarsi di questo ormai importante metodo di cura.

Il libro dei dottori Doria e Cesari assolve al compito di questo desiderato in modo perfetto. Esso è frutto di una estesa pratica, che solo può acquistarsi in un sanatorio numeroso, com'è quello dell'Ospizio Umberto I in Roma, dove gli autori hanno esercitato l'ufficio di aiuto medico, sotto l'intelligente guida del Primario.

Molto pratico mi sembra il metodo di esposizione da essi tenuto, e per ciò, mentre io mi congratulo con loro per la pazienza e l'abilità dimostrata nel volgarizzare un metodo di cura tanto necessario e utile, ne raccomando caldamente la lettura a tutti i medici esercenti, perchè con poca fatica e perdita di tempo saranno messi in grado di acquistare chiaramente il necessario corredo di cognizioni esatte per le indicazioni della cura, e per quelli che potranno e vorranno, anche della pratica applicazione e della condotta corretta del metodo operatorio.

Al libro ed agli egregi colleghi i miei migliori auguri.

Prof. ACHILLE ANGELINI.

F. BOCCHETTI. *Il Sanatorio militare di Anzio*. Un vol. in-8° di 182 pag., con numerose incisioni. Tip. della Camera dei Deputati, Roma, 1928.

In un alato inno di amore e di fede, il Direttore del Sanatorio militare di Anzio, rievoca i primi dieci anni di vita di questa istituzione. « Sosta », egli osserva, « in cui si ricompongono i ricordi del passato, sintesi della vita operosa vissuta ogni giorno, passionatamente, per plasmare qualche cosa di vivo, di personale; per organizzare un Istituto che fosse un organo di cultura, che avesse un contenuto scientifico, una missione sociale ».

E ci passano dinnanzi in una vivida descrizione: l'organizzazione del sanatorio, il funzionamento dei servizi igienici, i ricoverati (3800 nei 10 anni), l'assistenza sociale, i diversi metodi di terapia della tubercolosi polmonare e chirurgica, il tutto illustrato da fotografie, diagrammi, schemi, ecc. L'A. esamina, da ultimo, il grave problema della tubercolosi nell'ambiente militare, per cui si rende necessaria l'istituzione di sanatori specializzati, che l'A., come chiunque abbia la netta visione della verità, si augura prossima. *fil.*

Scritti di Carlo Forlanini. Scelti e pubblicati a cura del Consiglio direttivo della « Fondazione Carlo Forlanini », pag. 1048. L. Cappelli, Bologna, 1928. L. 120.

Con cura e devozione più che di discepoli, filiale, i componenti il Consiglio direttivo della Fondazione che prende il nome dal grande Clinico, riordinano e divulgano in questo volume gli scritti tutti del Forlanini, molti dei quali rari, sarebbero difficili ad esser ritrovati dallo studioso.

Essi scritti chiariscono a chi si occupa di terapia della tisi polmonare ed in particolare della pneumoterapia, la linea logica della dottrina che ha guidato il Maestro alla geniale concezione del più efficace metodo di lotta contro il male.

Nel volume sono riportate per intero anche le note che il Forlanini pubblicò nei giornali tedeschi e francesi: con vera commozione noi ne sfogliamo le pagine che ci attestano la lotta sostenuta pel trionfo di una idea, di una dottrina che, perchè geniale, non doveva essere che straniera: in tempo di rivendicazioni alla nostra stirpe di quanto ci deve appartenere, dobbiamo tener presente questo volume e scorrerlo attentamente non soltanto ad erudizione nostra medica.

Nè minore interesse dei capitoli sul pneumotorace artificiale ci desteranno i capitoli riportanti i lavori del Forlanini sull'uremia, sull'ipertensione arteriosa, sulle inalazioni medicamentose, sulla toracentesi con introduzione di aria, sull'enfisema polmonare, sul polso venoso presistolico, ecc.

La lettura è facilitata dalla elegante edizione, curata in tutti i particolari dalla casa Cappelli la quale non ha risparmiato mezzi completando anche il libro con figure originali, talune delle quali presentavano difficoltà tecniche non lievi per la riproduzione.

MONTELEONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Rapporto di alcune forme di tubercolosi col virus filtrabile.

Tra altre forme, l'inoculazione del virus filtrabile della tubercolosi determina nelle cavie una localizzazione glandolare che può anche non essere accompagnata da alterazioni macroscopiche, gli animali dimagrano notevolmente, e, dopo pochi mesi, muoiono cachettici. Una simile forma si osserva talvolta anche nell'uomo, essa potrebbe essere in rapporto con un'infezione da virus filtrabile. S. Sterling-Okuniewski (*Wiener Klin. Wochenschr.*, n. 33, 1928), descrive due simili casi di dimagramento d'alto grado in individui affetti da modiche lesioni tubercolari localizzate nelle glandole tracheo-bronchiali.

POLL.

Stadio abacillare virulento in periodo latente di tubercolosi.

Durand, R. Kourilsky e R. Benda (*C. R. Soc. de Biologie*, 1928, n. 19) hanno osservato che in un malato, in un periodo clinicamente latente di tubercolosi polmonare, gli sputi non contenevano bacilli di Koch eppure erano virulenti, poichè hanno provocato la morte delle cavie in 25-30 giorni.

La tubercolosi così sviluppatasi nelle cavie, aveva l'aspetto di una forma senza ulcera d'inoculazione ed era esclusivamente ganglionare; questo richiama la forma osservata da Vaudremer in seguito ad inoculazione nella cavia di virus filtrabile tubercolare. La filtrazione degli sputi in questione ha fornito un prodotto virulento, che ha rapidamente tubercolizzato gli animali in una forma ancora atipica.

Quando i bacilli comparvero nello sputo, l'inoculazione ha dato la forma classica di tubercolosi sperimentale.

Si potrebbe quindi ammettere che la comparsa delle forme bacillari acido-resistenti nell'espettorato di questo malato durante l'attacco di tubercolosi evolutiva sia stata preceduta da un periodo abacillare, durante il quale sarebbe stato emesso il solo virus invisibile, ma attivo.

fil.

Presenza di elementi filtrabili del virus tubercolare in un bambino con granulia.

P. Armand-Delille, A. Sarne e G. Bertrand (*C. R. Soc. de Biologie*, 20 ott. 1928) hanno utilizzato il sangue di un bambino che aveva temperatura elevata ad oscillazioni irregolari, con dispnea senza segni ascoltatori, in cui la radiografia dava un aspetto tipico di granulia, cioè disseminazione di piccole macchie in tutta l'estensione del campo polmonare. Il sangue fu prelevato 7 giorni prima della morte, avvenuta in seguito a comparsa di sintomi classici di meningite tubercolare.

Il sangue fu raccolto in citrato di sodio, laccato con acqua distillata ed iniettato in parte in cavie; una di queste morì 6 giorni dopo con lesioni tipiche di pseudotubercolosi prodotte dal bacillo di Malassez e Vignal; l'altra morì in piena cachessia con lesioni tipiche tubercolari e presenza di bacilli specifici.

L'altra porzione di sangue venne filtrata dal metodo di Valtis ed iniettata in cavie. In una, si rinvennero le lesioni di tubercolosi atipica che si hanno con gli elementi filtrabili: ipertrofia di tutto l'apparato gangliare e specialmente dei gangli inguinali e bronchiali, mancanza di bacilli acido-resistenti; in un'altra, le stesse lesioni, ma presenza di bacilli acido-resistenti negli strisci dei gangli inguinali e tracheo-bronchiali.

Risulta quindi, che il sangue di individui affetti da granulia può provocare l'infezione tubercolare tipica, mentre lo stesso sangue filtrato determina la forma atipica della tubercolosi, quale si ha per elementi filtrabili.

fil.

Il virus tubercolare filtrabile e la sua trasmissione transplacentare.

V. De Bonis (*Giornale di Tisiologia*, marzo 1928) riconosce che le forme filtrabili del virus tubercolare non costituiscono un fatto costante, ma sono probabilmente legate a speciali condizioni, per ora ignote, della vita del B. di Koch.

Il virus filtrabile inoculato nelle cavie può determinare in queste un'infezione sperimentale, caratterizzata principalmente da disturbi nutritivi, che portano l'animale fino alla cachessia ed a reazioni linfatiche. Non si sono notate mai reazioni locali al punto di iniezione.

Il virus filtrabile è trasmissibile da animale negli esperimenti in serie. Esso passa attraverso la placenta, dalla madre al figlio, che può venire alla luce con evidenti note di atrofia. Il virus filtrabile non è coltivabile in terreno di Petroff.

Se le forme filtrabili del B. di Koch si trasformano in bacilli acido-resistenti, si ha il quadro classico delle lesioni tubercolari tipiche.

fil.

Il virus filtrabile tubercolare. Suo passaggio attraverso la placenta.

L. Manzi (*Rinascenza medica*, 18 sett. 1928) si è occupato del problema ancora dibattuto dell'esistenza di forme filtrabili del bacillo tu-

bercolare e della possibilità del passaggio di queste anche attraverso la placenta.

Ha potuto osservare che il filtrato di pus tubercolare, attraverso candele Chamberland L_2, L_3, inoculato nel peritoneo di cavie gravide e non gravide, non provoca lesioni tubercolari con presenza di granuli o bacilli acido-resistenti. L'emulsione di organi e gangli delle cavie trattate, inoculata in altra cavie, non determina in queste nessun fenomeno degno di nota.

I figli di cavie trattate coi detti filtrati non presentano nessuna lesione tubercolare. La ricerca di bacilli o granuli acido-resistenti nei gangli e in vari organi ha dato risultato negativo. L'emulsione degli organi di questi, inoculata in cavie non determina nessuna lesione.

La semina del filtrato, come quella di emulsione di organi, nei terreni adatti, non dà mai sviluppo di bacilli di Koch.

La reazione alla tubercolina è sempre stata negativa negli animali trattati col filtrato ed in quelli trattati con emulsione di organi dei precedenti.

fil.

Infezione tubercolare transplacentaria da virus filtrabile.

Zuccola (*Riv. di patologia e clinica della tubercolosi*, 31 luglio 1928) ha fatto esperimenti in proposito, usando iniezioni di filtrati di organi di due feti di madre tubercolotica, con interruzione terapeutica della gravidanza.

La trasmissione del virus filtrabile attraverso la placenta è possibile ma eccezionale e si ha soltanto quando si tratta di forme molto avanzate in cui non si abbia più l'integrità della placenta.

In 2 su 11 esperienze ha ottenuto risultato positivo. Condizione necessaria per tale trasmissione è un particolare stato di gravità delle condizioni materne, un'infezione antica. Di fatto, in due feti gemelli di pochi mesi di vita endouterina nella madre con tubercolosi iniziale, non ha nemmeno potuto determinare col filtrato una modificazione dello stato allergico nella cavia in esperimento.

fil.

SEMEIOTICA.

Un sintomo ascoltatorio della tubercolosi incipiente non conosciuto nè apprezzato.

Sihle (*Wiener Klin. Woch.*, n. 18, 1929) ricorda che l'ilo del polmone è spesso la sede primitiva del processo tubercolare, il quale poi secondariamente si diffonde agli apici.

Quando però la regione dell'ilo è già presa, non è possibile diagnosticare l'infiltrazione già in atto, ed anche i raggi non mostrano ombre sospette.

Allorchè un processo tubercolare colpisce un tratto del polmone, dato il suo carattere essudativo-infiltrativo, esso ne modifica il contenuto aereo e ne disturba il circolo: se tali disturbi raggiungono un certo grado, si rivelano all'ascoltazione e alla percussione, altrimenti no: e tale è il caso delle forme ilari.

Per svelare queste localizzazioni iniziali, l'A. consiglia di esaminare il paziente in posizione laterale, sul fianco destro e sul fianco sinistro, portando l'attenzione sulla zona interscapolo vertebrale.

Normalmente, in tale posizione il polmone, dal lato su cui il paziente si piega, è compresso, ingorgato di sangue e gli alveoli e i bronchioli, ravvicinati, contengono scarsa quantità d'aria: perciò, in condizioni fisiologiche, si ascolta sempre nella zona interscapolovertebrale corrispondente un respiro aspro, talora a carattere bronchiale, reperto che subito scompare appena il paziente si alza.

Quando alle fisiologiche perturbazioni del contenuto aereo e del circolo si aggiungono momenti patologici rappresentati da un'infiltrazione ed essudazione tubercolare, l'A. afferma che, in posizione laterale, si percepisce dal lato colpito un respiro aspro, a carattere bronchiale, rantoli umidi o secchi e crepitii.

È solo in questa posizione che è possibile percepire tali lievi, ma sicuri segni di un processo tubercolare incipiente.

L'A. riferisce un caso in cui, ai raggi, si presentava evidente uno spostamento del mediastino superiore ad ogni ispirazione verso il lato sano: infatti, se l'ingresso dell'aria nel polmone è disturbata, essendo questo compresso, la pressione negativa della pleura si accentua e, con questa, la sua capacità aspirativa.

Nei convalescenti di polmonite o bronchite acuta, clinicamente del tutto guariti, è stato possibile rilevare, in posizione laterale, ancora qualche segno del processo passato.

Pertanto prima di procedere ad un pneumotorace, sarà bene applicare questo metodo di indagine all'altro polmone, onde svelarne eventuali lesioni incipienti.

V. SERRA.

Il dolore nella tubercolosi renale.

L. Thévenot (*Presse Méd.*, n. 6, 1929) riferisce che su 100 casi di tubercolosi renale, 16 presentavano delle crisi dolorose, non imputabili a calcolosi.

Di questi casi, due erano bilaterali, con coliche a maggiore intensità dalla parte del rene più colpito; gli altri presentavano tubercolosi unilaterale; in questi, 12 avevano il dolore dalla parte del rene malato, 2 dalla parte opposta.

Queste crisi dolorose non hanno alcun rapporto con l'età del soggetto e con l'estensione istologica della lesione; in generale dipendono o da un coagulo sanguigno o purulento, oppure da una perinefrite o da ritenzione pielica, dovuta a restringimento ureterale.

Sovente il dolore è legato ad uno spasmo ureterale o ad uno stato congestivo renale, il quale ultimo può giungere fino al punto da produrre un'ematuria mortale. L'A. in base a tale sintomatologia consiglia di praticare sempre l'esame batteriologico dell'urina, allorchè alle crisi dolorose non corrisponde la emissione di calcoli od una conferma radiografica della loro presenza.

La diagnosi precoce è di notevole giovamento per la cura e la prognosi.

CARUSI.

Il significato dell'intradermoreazione alla tubercolina.

S. L. Cummins (*British Med. Journal*, 3555, 1929) comunica i risultati di alcune sue ricerche intraprese allo scopo di portare un po' di luce sulla oscura questione dell'intradermoreazione alla tubercolina.

L'A. ha adoperato tubercolina fortemente diluita 1/500, 1/1000, 1/5000, 1/10.000; la quantità iniettata fu di cmc. 0.1. Le ricerche sono state fatte su 46 soggetti sani e su 150 tubercolosi, alcuni polmonari, altri no. Sui soggetti sani, l'A. ha avuto 85 % di reazioni positive, nei tubercolosi il 65 %, e fra questi la proporzione di reazioni positive è stata più forte in quelli non polmonari.

I bambini tubercolosi, oltre a reagire meglio degli adulti, danno reazioni positive anche con diluizioni più forti. Infine i tubercolosi non febbrili, ambulatori, reagiscono con una proporzione doppia dei tubercolosi febbrili.

L'A. conclude che l'intradermoreazione è positiva al massimo nell'individuo sano, e positiva è anche nei tubercolosi benigni. La sensibilità tende a diminuire man mano che la malattia progredisce.

Consiglia di non usare la tubercolina a diluizioni inferiori a 1/500, potendosi allora avere il 100 % di risultati positivi; d'altra parte allora il numero delle reazioni generali si accresce con sensibili proporzioni.

A. P.

Comportamento della glicemia nel corso del pneumotorace artificiale.

Partendo dal concetto fondamentale fondato da Ch. Bernard, che durante l'asfissia si ha iperglicemia, e basandosi sui recenti studi di Mauriac e Dumas, intorno all'azione esercitata dal polmone sullo zucchero del sangue, Lucherini (*Tubercolosi*, vol. XIX, fasc. 3, 1927) ha profittato delle applicazioni del pneumotorace terapeutico da lui fatte in vari malati di tbc. polmonare per studiare il comportamento del tasso glicemico nel corso della collassoterapia. Egli considerando che il pneumotorace determina una brusca riduzione dell'area respiratoria e di conseguenza una diminuzione dell'apporto dell'ossigeno all'organismo, ha voluto osservare se dopo l'introduzione di cariche di gas non mai inferiori ai 450-500 cmc. di gas, potesse verificarsi aumento della glicemia come hanno ottenuto Mauriac e Dumas con le loro esperienze asfissiando un cane mediante pneumotorace artificiale. L'A. ha adoperato per le sue ricerche il micrometodo di Bang. Egli dopo aver riportato in apposita tabella i risultati delle sue ricerche, viene ad analizzare i fattori che influenzano la glicemia nel corso del pn. e dimostra che il modico aumento di essa dopo la collassoterapia dipende dalla brusca riduzione dell'area respiratoria.

L'A. ha cercato di scegliere casi nei quali il processo tubercolare non era molto esteso e la tossiemia non grave. Dalle sue ricerche conclude che dopo ogni applicazione pneumotoracica si ha costantemente un modico aumento del tasso glicemico a causa della diminuita ventilazione polmonare, che questo aumento si verifica già due ore dopo il pneumotorace e cresce gradualmente nel corso delle 24 ore successive, che la glicemia diminuisce e riprende pressochè i valori primitivi dopo qualche giorno di distanza dall'introduzione di aria, e infine che l'aumento è in proporzione con la quantità di aria introdotta.

Durante gli ulteriori rifornimenti la glicemia presenta sempre lo stesso comportamento.

A. POZZI.

CASISTICA.

La tubercolosi intestinale nei malati di petto.

La localizzazione intestinale della tbc. non è punto rara, sopratutto se si tiene conto dell'infezione delle ghiandole mesenteriche.

Secondo gli AA. tali infezioni si presentano in proporzione del 26 al 50 %; e G. Franco Capuani (*Riv. di Pat. e Clin. Tuberc.*, f. VI, 1928) ha notato una maggiore frequenza nei mesi caldi, il che è forse in rapporto con le condizioni della mucosa intestinale, durante l'estate.

Queste affezioni specifiche dell'intestino, nei tbc. polmonari, ordinariamente sono secondarie; e le lesioni si stabiliscono piuttosto per una inoculazione diretta dei germi, inghiottiti con la saliva o gli alimenti, che per via ematogena. La sede preferita è la regione terminale dell'ileo.

Anatomo-patologicamente si possono presentare sotto diversi aspetti: come piccoli focolai, contenenti piccoli tubercoli, e situati per lo più alla superficie esterna della tunica muscolare, con la tendenza alla fibrosi, o come dei focolai con l'infiltrazione sierosa degli elementi cellulari, a tipo fibroso, o tendenti alla degenerazione caseosa; un ultimo tipo presenta dei focolai con la ten-

denza alla necrosi suppurativa od essudativa. In complesso si può avere una forma produttiva, a tipo iperplastico, frequente del grosso intestino, e una forma distruttiva, a tipo ulcerosa, con sede nel tenue.

I sintomi sono in rapporto alla forma della lesione. La prima, produttiva-iperplastica, di natura benigna, si accompagna a costipazione, a dolori e vomiti. Obbiettivamente si possono mettere in evidenza delle formazioni induritive a carico del cieco, le quali possono dare reazioni peritoneali, nel bambino a tipo essudativo, negli adulti a tipo plastico.

La forma ulcero-caseosa o distruttiva, presenta come sintomo principale la diarrea, la quale può avere un maggiore significato, allorchè si presenta nerastra. per emorragie; negli altri casi va differenziata da tutte le altre cause che possono produrla.

La prognosi non è mai favorevole, perchè anche se si abbia la guarigione, residuano sempre delle retrazioni cicatriziali, con stenosi del lume intestinale.

Cura: è chirurgica in quei casi in cui vi sono dei disturbi intestinali gravi da modificare; la cura medica cerca di modificare la diarrea, con sostanze astringenti, con gli arsenicali pentavalenti (stovarsolo, treparsolo) e con i sali di calcio per uso endovenoso. CARUSI.

Le pleuriti mediastiniche posteriori ed il loro aspetto radiologico.

Ch. Roubier et M. Carle (*Journal de Médecine de Lyon*, luglio 1928) riportano alcune osservazioni di pleuriti mediastiniche posteriori sinistre, di natura tubercolare, con sintomatologia clinica scarsa, diagnosticate con certezza con l'esame radioscopico.

In posizione frontale anteriore non si nota che una irregolarità del bordo sinistro del cuore che dà l'apparenza di un doppio contorno dell'ombra cardiaca. L'esame in posizione obliqua (O.A.D.) è necessario per mettere in evidenza il versamento nello spazio retrocardiaco, sotto forma di un triangolo opaco juxta-vertebrale, a sommità biliare, a base diaframmatica e di cui il bordo esterno ha una direzione paralella al contorno sinistro del cuore. E questa l'immagine abituale delle pleuriti mediastiniche posteriori, che non danno, contrariamente a quello che si è potuto pensare, una banda oscura verticale che occupa tutta l'altezza del torace.

La puntura esplorativa deve essere praticata posteriormente, alla base, a tre centimetri dalla linea delle apofisi spinose.

Queste pleuriti mediastiniche posteriori hanno spesso lunga durata e l'immagine radioscopica persiste assai a lungo senza subire modificazioni sensibili. Essa è infine espressione dell'esistenza di una pleurite mediastinica adesiva che è succeduta al versamento. È possibile, per quanto eccezionale, che una pleurite mediastinica posteriore si trasformi secondariamente in una pleurite banale della grande cavità. TOSCANO.

Miocardite tubercolare a grossi nodi multipli.

I. Bettoni (*Cuore e Circol.*, n. 5, 1929) descrive due casi della rara forma di miocardite tbc. a grossi nodi multipli, occorsi come reperti casuali di autopsia, essendo in uno completamente mancata ogni sintomatologia cardiaca e presentando l'altro, solo nell'ultimo mese di vita, una lieve sindrome di miocardite compensata, ritenuta dai clinici di natura arteriosclerotica. Pertanto quest'ultimo caso aveva il miocardio distrutto dai nodi tubercolari per circa tre quarti del suo intero volume, essendo risparmiati solamente il setto interventricolare, piccole porzioni di miocardio perinodulare e la trabecolatura muscolare dei ventricoli.

Per questa enorme diffusione del processo, il caso descritto supera così quello di Kach e quello di Thorede fino ad oggi ritenuti come gli esemplari di maggior distruzione operata dalla tubercolosi nel muscolo cardiaco.

L'azione compensatoria che mascherò in vita così gravi lesioni anatomiche si può ricercare oltrechè nell'integrità del setto interventricolare e delle valvole cardiache, nell'ipertrofia dei scarsi tratti di miocardio parietale non compromessi dal suindicato processo distruttivo. L'andamento cronico poi della malattia e l'ottimo stato del sistema arterioso periferico avrebbero favorito e permesso l'anzidetta funzione compensatoria.

L'altro caso infine, di assai più modeste proporzioni rispetto alla vastità della lesione, presentava solo due nodi del volume di un pisello circa ciascuno, in sede del setto interventricolare, verso la cavità del ventricolo sinistro. Esso era decorso in modo subdolo. Entrambi i casi si erano presentati nel quadro di una tubercolosi ghiandolare e di una più recente miliare polmonare.

Tanto nell'uno quanto nell'altro caso riuscì positiva la ricerca diretta dei bacilli di Koch nei nodi tubercolari. A. P.

TERAPIA.

L'uso del calcio può talora essere di danno nelle emottisi.

Non tutti i tubercolosi si possono considerare alla stessa stregua di fronte al problema del ricambio del calcio e probabilmente la tubercolosi non esercita su questo ricambio l'influenza che si crede.

Campani fin dal 1903 aveva distinto costituzioni ipocalciche gracili, predisposte alla tubercolosi, e costituzioni ipercalciche, pletoriche, robuste e le individuò dal diverso comportarsi delle loro urine di fronte alla somministrazione di determinate dosi di bicarbonato sodico.

Rona e Takahaschi hanno poi trovato che effettivamente la concentrazione di ionicalcio nei tessuti è subordinata alla concentrazione degli ionibicarbonati nel sangue e dei fosfati ioni. Nell'alcalosi gli ionicalcio vengono sottratti ai tessuti, mentre nell'acidosi aumenta la possibilità di fissazione del calcio nei tessuti. Pende riconosce negli ipocalcici ipoacidi una deficienza del tessuto cromaffine o delle paratiroidi.

La terapia decalcificante fu sostenuta specialmente dai francesi (Robin ed altri). Certamente il calcio può giovare indirettamente a certi tubercolosi modificando lo stato ipoacido ipocalcico (modificazione che del resto può avvenire naturalmente col progredire dell'età).

Però, giunta la malattia ad un certo grado, quando tutti i tubercolosi diventano uguali, qualunque sia la loro costituzione, non si può sperare di portare correzioni colla terapia. Il calcio usato in forme troppo gravi non serve a nulla, anzi può danneggiare; succede per il calcio quello che succede per altre medicine, che cioè esso si comporta come un elemento eterogeneo non più fissabile e può dare reazioni febbrili.

Nel campo particolare delle emorragie polmonari, Campani (*Tubercolosi*, aprile 1929) ritiene che il calcio esplichi azione diversa da caso a caso e riferisce 7 casi da lui osservati, in cui durante una cura calcica intensa per via endovenosa si ebbero emottisi gravi; in uno l'emottisi comparve per la prima volta durante la cura.

Per quel che riguarda il meccanismo con cui il calcio può provocare emottisi, Campani osserva che forse il calcio la facilita in alcuni togliendo lo stato di contrattura spasmodica bronchiale abbastanza frequente nei pletorici broncoasmatici (in 5 su 7 casi si trattava di pletorici ipertesi) e in altri provocando aumento della coagulabilità del sangue donde trombosi ed emorragia da infarto (in uno dei 7 casi c'era il rapido formarsi di una caverna subito dopo l'emottisi, il che convalida la recente ipotesi del Viola che la genesi delle caverne si debba cercare in certi casi in un infarto polmonare).

R. LUSENA.

Il trattamento della disfagia dei tubercolotici.

La disfagia dei tubercolotici è dovuta a laringite tubercolare, di cui le lesioni risiedono sull'epiglottide, sulle pieghe ariteno-epiglottiche, sulle aritenoidi o sulla faccia posteriore dell'organo.

È assai difficile da combattere; i trattamenti non hanno, in genere, che un'azione passeggiera.

Fra i trattamenti che il malato può fare da sè, E. Feldstein (*Journ. des praticiens*, 23 marzo 1929) enumera i seguenti:

Consigliare anzitutto di bere in decubito ventrale, mediante un cannello; al momento della deglutizione, comprimere le orecchie con le palme e spostare in alto la laringe con le dita; fare un'opportuna scelta degli alimenti.

Parecchie volte al giorno, e specialmente una diecina di minuti prima dei pasti, aspirare bruscamente (mediante un tubo gomitato di Leduc) una delle polveri seguenti: 1) Ortoformio, Gomma arabica, Lattosio ana g. 10; 2) Cloridrato di morfina cg. 25; Cloridrato di cocaina cg. 50; Lattosio, Gomma arabica, ana g. 10.

Mezzi da applicarsi dal medico:

1) iniezioni endolaringee di olio al mentolo, al cloretone; anestesia incostante e di breve durata;

2) galvanocauterizzazione profonda della laringe. Applicabile soltanto dallo specialista; talvolta calma, altre volte, invece, irrita;

3) iniezioni di alcool sul tragitto del nervo laringeo superiore. È un modo eccellente di trattamento, di cui l'azione dura 1-3 settimane.

Sulla linea mediana, a metà distanza fra la tiroide e lo joide, infiggere perpendicolarmente l'ago di una siringa fino alla membrana tiroijoidea, resistente; mettere l'ago in posizione obliqua e continuare ad affondarlo parallelamente al margine superiore della cartilagine tiroide, fra la membrana ed il muscolo tiroijoideo. Dopo un tragitto di cm. 2 e 1/2, un vivo dolore indica che si è sul nervo; iniettare allora 1 cmc. del contenuto della siringa, ritirare l'ago e, senza estrarlo dalla cute, ricominciare la manovra dall'altra parte. Come liquido d'iniezione può servire: Novocaina cg. 20; Mentol cg. 10, Alcool a 80°, g. 20;

4) resezione del nuovo laringeo superiore, da tentarsi quando il procedimento di cui sopra non riesce più; spesso controindicato dallo stato del malato;

5) quando i trattamenti locali sono diventati inefficaci, ricorrere alla morfinizzazione generale, che potrà dare l'euforia necessaria per sopportare l'ultimo tempo della vita.

fil.

La terapia della tubercolosi laringea.

Come base della terapia va considerata quella che aumenta i poteri di resistenza e di riparazione di tutto l'organismo (sanatorio, riposo all'aria aperta, ecc.). Ottimi risultati si ottengono tenendo in assoluto riposo la laringe con l'imporre il silenzio. Sono consigliate le instillazioni di olio mentolato al 5-10 %; le insuf-

flazioni di polveri si faranno soltanto in caso di forti dolori alla deglutizione; molto utile si è dimostrata, a tale scopo, l'anestesina, di cui il malato si depone un pizzico sulla base della lingua.

Attualmente si preferisce la terapia inalatoria, per mezzo dei polverizzatori; una formula di liquido da inalarsi, consigliata da W. Unverzagt (*Fortschritte der Therapie*, 1928, n. 21) è la seguente: Mentolo g. 1; Olio di eucalipto g. 2; Olio di vaselina q. b. per g. 100.

Sono pure usate le causticazioni con acidi, specialmente in casi di ulcerazioni superficiali (acido lattico al 40 %, formalina al 10 %, acido fenico al 10 %), facendo precedere l'applicazione da anestesia locale, almeno nei pazienti sensibili.

Nelle forme ostinate, con formazione di granulazioni, si potrà ricorrere all'intervento chirurgico; è da consigliarsi la galvanocaustica, che ha azione distruttiva anche sui territori vicini alle lesioni. Buoni risultati si hanno talora con l'amputazione della epiglottide.

Sono usate ora le irradiazioni con lampada di quarzo, ma un'azione diretta di queste sulla laringe non è stata dimostrata. Utili sembrano le irradiazioni ultraviolette generali. Più indicata però, è la röntgenterapia a piccole dosi, per le quali si deve opportunamente saggiare l'effetto sul malato. Contemporaneamente, si potranno usare i preparati d'oro, i quali esercitano nella tubercolosi laringea un'azione più marcata che nelle forme polmonari. Di scarso effetto è invece la tubercolina.

fil.

Il trattamento della peritonite tubercolare.

Il trattamento di scelta è costituito dall'*elioterapia*, che però non verrà praticata nelle forme acute. Si incomincerà con sedute di 5 minuti ed esposizione dei piedi, della parte bassa delle gambe e degli avambracci; tre sedute al giorno. Nei giorni seguenti, si aumenterà la durata a 10 minuti, ad un quarto d'ora, risalendo verso le spalle, e le coscie. La testa viene protetta con uno schermo di tela e così pure il torace, se vi sono delle lesioni polmonari. Una volta prodottasi la pigmentazione, si potrà lasciare il malato al sole e prolungare la esposizione fino a 6 ore; sospensione per qualche giorno in caso di eritema concomitante.

I *raggi ultravioletti* possono sostituire quelli solari; prima applicazione a 70 cm., per sei minuti; qualche giorno dopo, nuova seduta, diminuendo la distanza ed aumentando la durata; irradiare tutto il corpo.

Possono dare buoni risultati anche i *raggi infrarossi*. Per la *radioterapia*, 4 irradiazioni al mese, una per ogni quadrante addominale; continuare per 5-6 mesi. Si hanno buoni risultati nelle forme ascitiche e febbrili.

La *diatermia* non guarisce, ma diminuisce i dolori.

Il *trattamento chirurgico*, un tempo molto usato, non ha più che indicazioni ristrette; è controindicato nelle forme con aderenze ed impastamenti caseosi; può essere usato se fallisce l'elioterapia.

Un altro intervento efficace è dato dalle *iniezioni di aria*. Se è necessaria l'anestesia, si userà la cocaina. Infissione del trequarti, aspirazione col Potain, iniezione di aria filtrata, con la soffieria del termocauterio o con l'apparecchio da pneumotorace. La quantità di aria è la metà del liquido estratto. Si può ripetere l'iniezione dopo un mese.

Trattamento generale. Combattere la costipazione. In caso di dolori, applicazioni di tintura di jodio al guaiacolo. Può essere utile l'adrenalina, associata alla medicazione calcica.

Utile è il metodo di Finikoff. Iniezione di olio jodato, preparata estemporaneamente, ogni 5-7 giorni, alle natiche (10 cmc. di olio di arachide e 1 cmc. di tintura di jodio). Le dosi si aumentano fino a 20-30 cmc. Il dolore cede entro mezz'ora-due ore. Si darà, al tempo stesso, del cloruro di calcio. Alimentazione abbondante e ricca in grassi. Guarigione in 5-6 mesi. Controindicata la cura nei casi di tubercolosi polmonare evolutiva.

Si potranno fare unzioni con jodio ed joduro di potassio, ana g. 2, in 30 di vaselina.

Nelle forme ascitiche, può essere utile il siero di Jousset: iniezione sottocutanea di 60-100 cmc. alla parte anteriore della coscia, da ripetersi qualche giorno dopo, fino ad un totale di 150-200 cmc. Se la temperatura si abbassa, si attenderà, se aumenta si ripeterà l'iniezione. Il malato starà in letto per tutto il trattamento, in caso di debolezza, iniezioni di estratto di surrenale. Gli antitermici (piramidone, aspirina, ecc.) sono da proibirsi.

(*Journ. des praticiens*, 19 genn. 1929).

fil.

Il trattamento operativo della tubercolosi addominale.

La maggior parte dei malati di tubercolosi addominale trae giovamento dalle cure igienico-dietetiche e dall'elioterapia; alcuni invece non risentono vantaggio alcuno con tali metodi.

In tali casi, J. Tailor (*Ed. Med. Journal*, marzo 1929) crede che sia indicato procedere alla laparotomia. Sembra infatti che la stasi intestinale, che si produce in questi soggetti, possa aggravare lo stato generale, aumentando la tossiemia con la liberazione di sostanze venefiche appunto dall'intestino. Ora, mentre da un lato la tossiemia fa diminuire il potere vitale dei tessuti organici, d'altro lato lede anche la parete intestinale, e la predispone all'attecchimento del processo tubercolare.

Prima d'intervenire operatoriamente bisogna però praticare un esame radiologico accurato, onde escludere che non esistano aderenze

troppo numerose, le quali impedirebbero di ottenere resultati pratici.

Il trattamento chirurgico, volto, come si è detto, a rimuovere la stasi intestinale, può consistere: nell'asportazione del colon, nel produrre un corto circuito intestinale, nell'eliminare aderenze, nella colopessia.

L'A. descrive alcuni casi di tubercolosi addominale così trattati, nei quali i pazienti trovarono giovamento notevole non appena le funzioni intestinali furono modificate.

M. FABERI.

VARIA.

Le maniglie delle porte e l'igiene.

W. W. Lewis (*American Medicine*, aprile 1929), dell'Università di Minnesota, rileva che Mussolini, abolendo le strette di mano, si è reso benemerito dell'igiene. Ma aggiunge che una causa a suo avviso più importante di diffusione delle malattie infettive è data dalle maniglie delle porte. Difatti queste vengono afferrate da molte mani che non sono pulite. A titolo di esemplificazione, basti pensare ad un blenorragico, il quale sia stato nella ritirata per sostituire un tampone impregnato di pus e poi non si sia lavate le mani. Si tenga presente che molte persone umettano le dita di saliva, portano le mani nel naso e fanno di peggio. Tutte le volte che le loro escrezioni o secrezioni contengono dei germi, costoro fanno da untori. In particolare distribuiscono i germi sulle maniglie delle porte, ove altre persone, senza sospettarlo, andranno ad attingerli, appoggiandovi le mani, che poi porteranno negli occhi, in bocca, nel naso ecc. È indubbio che, per tali vie, si diffondono molte infezioni degli occhi, dalle congiuntiviti catarrali al tracoma, alla panoftalmite blenorragica ecc. Ed è molto probabile che per le stesse vie si diffondano altre malattie infettive.

Particolarmente pericolose sono le maniglie delle ritirate pubbliche o di grandi collettività; ma lo sono anche quelle degli uffici molto frequentati, come i tribunali, gli uffici di collocamento, le banche ecc.; così pure quelle dei ritrovi pubblici, dei vagoni ferroviari ecc.; anche gli ospedali e gli ambulatori divengono, per il tramite delle maniglie, strumenti di diffusione delle malattie che vi sono curate.

L'A. propone una misura radicale: l'abolizione delle maniglie.

I rilievi dell'A. non sono nuovi: ricordiamo che Koch e Flügge, quando vollero illustrare la trasmissione delle malattie infettive mediante i contatti, addussero, appunto, l'esemplificazione delle maniglie, le quali consentono o facilitano le epidemie familiari.

Crediamo però che il rimedio sia semplicissimo ed in parte già largamente usato: basta che tutte le maniglie siano metalliche. Difatti molti metalli esercitano un'azione antisettica marcatissima, non ancora chiarita, anche agendo in quantità infinitesimali: è la cosidetta azione oligodinamica, propria del rame, dell'argento, del nichel ecc. Grazie ad essa le monete metalliche sono sterili, mentre sulle monete cartacee è dimostrabile una copiosa flora batterica.

Naturalmente, sulle maniglie metalliche la sudiceria resta; ma si sterilizza presto e, perciò, cessa di essere pericolosa. Ed è questo che importa dal punto di vista igienico.

L'articolo del Lewis offre lo spunto a qualche altra considerazione.

Per es., va rilevato che nella vita corrente abbondano le cause di contagio. Sovratutto riprovevole è l'abitudine di umettarsi le dita di saliva per sfogliare la carta da involgere, i biglietti dei tram ecc.; abbiamo visto ricorrere a quest'uso incivile perfino dei farmacisti per sfogliare e numerare le ostie o le cartine! Una maggiore educazione igienica dovrebbe eliminare questa ed altre cause banali di contagio.

Conviene anche di far presente che un eccesso di pulizia può danneggiare, in quanto evita le piccole cariche infettanti, che, alla lunga, finiscono per immunizzare l'organismo. È quanto ha dimostrato Sanarelli per la tubercolosi: i soggetti che provengono dalle campagne o da zone poco colpite dalla malattia, sono molto più esposti al contagio, appunto perchè questo li trova indifesi, non immunizzati.

Il pericolo dell'eccesso di pulizia è stato prospettato con efficacia da W. Wright in Inghilterra. Ma allo stato attuale dell'educazione igienica, non è ancora da temere un eccesso di pulizia: ne siamo ben lontani!

Vanno, dunque, promosse tutte le misure e le pratiche atte a far aumentare la pulizia.

D'altra parte si tende sempre più a produrre l'immunità mediante la vaccinazione, che rende inutili le piccole cariche infettanti naturali, sempre pericolose, e consente di dosare e di regolare la reazione immunizzante dell'organismo. Verso di essa, come lo stesso Wright ha lumeggiato, si orienta la lotta contro le malattie infettive.

L. VERNEY.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

F. BARETTONI. *Lussazione congenita bilaterale della testa del radio e dell'ulna con alluce valgo congenito.* — Rass. Previd. Sociale, Roma, 1929.

A. SEGA. *Contributo anatomo-clinico allo studio delle affezioni sistematizzate dell'apparato reticolo-endoteliale.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

A. CURCIO. *Nuovo metodo per la riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca.* — Masson & C., Paris, 1929.

D. MAZZOLANI. *La pesca delle spugne ed il lavoro dei palombari in Tripolitania.* — Stab. Tentori, Milano, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per una maggiore utilizzazione del corpo sanitario.

L'on. Salvi ha presentato alla presidenza della Camera un ordine del giorno, sottoscritto anche da 17 colleghi, nel quale si fanno voti « che sempre maggiori cure si dedichino alla utilizzazione del Corpo sanitario che, sia nei centri più popolosi dove morbilità e mortalità sono più intensamente dominate dalle grandi malattie sociali (sifilide, tubercolosi, alcoolismo, in primo luogo) come nei centri rurali e nelle campagne dove è signora della patologia la malaria; sia nella difesa sociale igienica delle popolazioni, come nei combattimenti al letto degli ammalati; sia nella sfera dell'Opera di assistenza alla maternità e all'infanzia, come nel programma educativo e perfezionativo dell'Opera Balilla e Avanguardisti; sia nell'assistenza al lavoro, che nel vasto campo ricreativo, svelenatore e correttivo, del Dopolavoro; sia nella formazione della coscienza eugenica che sempre più tende ad affermarsi nella nuzialità, come nella dura, appassionata, pericolosa ricerca di sempre nuovi e più efficaci metodi di difesa e di cura, costituisce un esercito sempre mobilitato che intende ad intensificare sempre di più la sua azione », e ciò in conformità alle direttive del Duce per quanto concerne l'aumento quantitativo e il perfezionamento qualitativo degli italiani.

Ordine dei Medici della provincia di Roma.

Il 1° corr., nell'Aula Magna della R. Università ha avuto luogo l'Assemblea Straordinaria per la elezione di quattro membri del Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, mentre altri quattro vengono per legge designati dal Sindacato Medico Fascista.

Aperta l'adunanza con numerosissimi intervenuti, il presidente della Commissione amministratrice straordinaria on. prof. Ermanno Fioretti dopo aver pòrto il saluto ai convenuti spiega loro la procedura per l'elezione del Consiglio.

Quindi illustra con elevata parola l'importanza che nell'àmbito del Regime va sempre più assumendo la Classe Sanitaria ed accenna alle leggi sociali in virtù delle quali l'opera dei medici rappresenta la parte sostanziale dell'applicazione delle leggi stesse per il bene della società per il che debbono i medici sempre più sentirsi legati al Regime verso il quale debbono dimostrare sempre più sincera e fattiva collaborazione.

Accennato poi alla fraterna collegialità che regna in generale fra i medici sia della città che delle campagne, insiste sul concetto che dote precipua dei medici stessi deve essere la correttezza e la moralità; addita come esempio di apostolato specialmente i medici condotti che esercitano la loro attività in paesi talvolta lontani da ogni consorzio umano. Egli è stato sempre risoluto a colpire chi non si è reso degno della elevatezza morale della classe; e così dovrà anche essere sempre colpita la piaga del sensalismo professionale del quale purtroppo di tanto in tanto si hanno non dubbi indizî mentre, d'altra parte, è sempre assai difficile ottenere le prove sicure perchè la punizione non venga a mancare. S'augura però che tale piaga sia destinata a scomparire non per l'azione repressiva degli organi della disciplina, ma sopratutto per l'alto senso di moralità che deve essere insito in tutta la classe medica.

Passa quindi il presidente a chiarire le diverse funzioni del Sindacato Medico e dell'Ordine, accennando ai requisiti di buona condotta morale e politica che sono necessari per l'iscrizione nell'Albo professionale; ed alludendo ai rigidi concetti che hanno ispirato la Commissione Straordinaria nel fare la revisione dell'Albo stesso, si augura che i medesimi sentimenti animino il nuovo Consiglio direttivo nei riguardi delle nuove iscrizioni.

Un breve accenno fa il presidente anche nei riguardi delle mutue alla costituzione delle quali l'Ordine ed il Sindacato porranno tutta la loro cura affinchè con la prestazione sanitaria verso i meno abbienti vada di pari passo anche il riconoscimento dei giusti diritti dei medici.

Infine con l'augurio che i rapporti fra l'Ordine ed il Sindacato, fra questi e l'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti che avrà due rappresentanti nel Consiglio direttivo, siano sempre concordi e leali per lo svolgimento di un'unica azione entro il campo tracciato dal Regime, il presidente propone che sia inviato un deferente saluto a S. M. il Re, al Duce, ed al Segretario del Partito, mentre l'Assemblea in piedi applaude entusiasticamente.

Dopo di che si procede alla votazione, dalla quale risultarono eletti i sigg.: dott. Umberto Monaco, Guido Liebman, Augusto Lugli e Giacinto Fornaca, mentre il Sindacato aveva, da parte sua, già designati, come per legge, l'on. prof. Ermanno Fioretti, l'on. prof. Amedeo Perna, il dott. Nicola Trulli, ed il dott. Giuseppe Grossi.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per la italianità nell'insegnamento della medicina.

Il senatore U. Gabbi, che già ha rilevato, in articoli apparsi nel periodico « Il Medico Italiano », la assoluta necessità che abbia termine la invadenza dei testi stranieri nelle nostre Facoltà Mediche, riprende vibratamente tale argomento in « Archivio Fascista di Medicina Politica ».

Dopo avere messo in evidenza quanto sia riuscita opportuna la « Mostra del periodico medico italiano » nella « Fiera di Milano » dello scorso aprile e quanto importante ciò che è stato detto,

in tale occasione, da illustri Maestri, in una seduta nell'Aula Mangiagalli degli Istituti Clinici, il sen. Gabbi pone in rilievo che, in regime fascista di ricostruzione, di rinnovamento, di indipendenza, è necessario, per multiple ragioni, che siano italiani tutti i trattati, manuali, ecc. i quali debbano servire all'insegnamento della medicina nelle multiple sue branche.

Propone, quindi, che si studii a fondo l'importante problema, avvisando ai mezzi atti a risolverlo e attuando, al più presto, una « Mostra del Libro medico italiano ».

Già hanno aderito, firmando una apposita circolare, i senatori Pascale, Queirolo, Baldo Rossi, Viola, l'on. R. Paolucci e altre personalità. Certamente molte altre adesioni perverranno alla ottima iniziativa del sen. Gabbi (R. Università di Parma). P. P.

Per il " numerus clausus ,,.

Abbiamo dato un ampio resoconto della discussione sul bilancio della P. I. (fasc. 26). Va rilevato ancora che l'on. Chiurco ed il sen. Queirolo si sono decisamente pronunziati a favore della limitazione degli iscritti, per gli studi di scienze sperimentali ed applicate.

Non bisogna dissimularsi però che il provvedimento sarebbe di attuazione assai difficile.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ATTIGLIANO (*Terni*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., L. 600 serv. att., L. 1200 indenn. supplement., c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

CAIRO MONTENOTTE (*Savona*). — Scad. 31 lug.; v. fasc. 27.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Giarre; proroga 15 ag.; L. 7000 e 4 quinquenni dec.; ab. 19.915.

CHIVASSO (*Torino*). *Ospedale Civico.* — Scad. 31 lug.; primario medico e due assistenti interni; rivolgersi Segreteria.

COPPARO (*Ferrara*). — Scad. 31 lug.; 6ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. complement. di L. 2520 per i coniugati, L. 1800 per i celibi; L. 2500 trasp.; addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; età lim. 35 a. al 10 giu.; tassa L. 50.

CORROPOLI (*Teramo*). — A tutto 31 lug.; ab. 4768; iscritti 610; età lim. 40 a.; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp., L. 500 uff. san.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 21 giu.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; scad. 31 lug.

CREMONA. — Ufficiale sanit. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene, Stipendio iniziale L. 16.000 con 4 aumenti quinquenn. di cui il 1° del 20 %; il 2° del 15 %; il 3° del 10 %; il 4° del 5 %, oltre un assegno di grado di L. 2000, un assegno speciale di trasferta di L. 1000, altro assegno provvisorio di L. 2.890 e una indennità temporanea di L. 780 per caro-viveri. Età massima 45 a., salvo disposto art. 42 R. D. 30 sett. 1922, n. 1290, e dell'art. 8 R. D. 29 nov. 1925, n. 2226. Vaglia di L. 50,10 intestato alla R. Tesoreria Comun. di Cremona, certificati di rito, ecc., entro le ore 18 del 31 luglio p. v. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla locale Segreteria Generale del Comune.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Aiuto chirurgo; L. 5200, c.-v., compartecipaz. 10 %; tassa L. 50. Scad. ore 16 del 31 lug.; età lim. 32 a.; chied. annunzio Segreteria (via Borgognissanti 16).

FUSCALDO (*Cosenza*). — A tutto 31 ag. 2ª cond.; L. 6000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 vettura; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 24 giu.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitarî per 2 consorzi; v. fasc. 27. Scad. 31 agosto.

LUCCA. — Scad. 31 lug.; per Moriano S. Gemignano; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 300 serv. att., L. 1500 trasp., c.-v.

MONTAIONE (*Firenze*). — Scad. 31 lug.; 2ª cond.; L. 8500 e c.-v., oltre L. 3000 cavalc., 8 trienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

MONTAPPONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 31 lug.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; tassa L. 50,15.

MORRO D'ALBA (*Ancona*). — Stipendio L. 8500. Indennità cavalcatura: rispettivamente L. 3000, 2000, e 1000 per cavallo od automobile, motocicletta e bicicletta. Serviz. Uff. Sanitario L. 500. Indenn. c.-v. L. 840 solo se coniug. Docum. e tassa L. 50,10 alla Segret. Comunale. Scadenza 5 agosto.

PENNABILLI (*Pesaro Urbino*). — Scad. 31 lug.; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., addizionali L. 2 da 500 a 1000 poveri e L. 1 oltre; L. 500 uff. san. anche per la 2ª condotta; L. 3500 cavallo; tassa L. 50,15.

PIANO (*Cuneo*). — Scad. 20 lug.; L. 8000; tassa L. 50,15.

PIGNA (*Imperia*). — Scad. 20 lug., ore 16; lire 9000 oltre L. 500 uff. san., età lim. 45 a. al 31 lug.; tassa L. 50,15 all'esattore consorziale di Dolceacqua.

PRIGNANO SULLA SECCHIA (*Modena*). — Scad. 3 ag., 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

QUISTELLO (*Mantova*). — Scad. 20 lug.; L. 8500 e 5 aumenti di L. 250, c.-v., L. 500-1800-2500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

ROMA. *O. N. Protezione Maternità e Infanzia.* — Direttore sanit. casa di Maternità « Alma Terra Italica » al R. Parco in Torino; a tutto 10 agosto (ore 24); età 35-50 a.; L. 14.000, vitto e alloggio. Chied. avviso (piazza Adriana 20, Roma).

S. COSTANZO (*Pesaro*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cav.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,15.

SANSEVERO (*Foggia*). — Scad. 31 lug.; L. 9200 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; non è corrisposta indennità malaria o d'altra natura; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

SANT'ALBANO STURA (*Cuneo*). — Scad. 20 lug.; L. 7340 oltre L. 3000 cavalc.; L. 500 se uff. san., L. 500 dalla Congregaz. di Carità.

S. Maria Capua Vetere (*Napoli*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 6.600. Tre aumenti quadrienn. del decimo. Indennità caro viveri. Età massima 40 anni. Documenti consueti. Tassa concorso L. 25,10. Scadenza 19 agosto. Chiedere bando Segreteria Comunale.

Urbania (*Pesaro*). — Chirurgo Primario Direttore dell'Ospedale. Stipen. L. 12.000 con 10 aumenti biennali, indennità servizio attivo e caro viveri, percentuale operazioni chirurgiche agli abbienti. Documenti di rito. Tassa concorso lire 50,10. Scadenza 25 luglio. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Villongo (*Bergamo*). — Scad. 25 lug.; consor.; L. 6500 (*sic*) e 5 quinquenni dec., oltre L. 643 uff. san., L. 2500 trasp., L. 300 ambulat., L. 500 disag. resid., c.-v.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica della R. Università di Palermo ha chiamato il prof. Maurizio Ascoli da Catania e il prof. Nicola Leotta da Bari, rispettivamente per l'insegnamento della clinica medica e della clinica chirurgica. Rallegramenti cordiali ai due illustri clinici.

Sono abilitati alla libera docenza in Clinica chirurgica: Giorgi Giorgio; Clinica oculistica: Cucchia Alberto, Moscardi Paolo, Scullica Francesco, Triossi Severino; Clinica pediatrica: Bocchini Adriano, Gallo Carmine; Terapia fisica: Gasperini Gasperino.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Superiore di Malariologia.

Il 1° luglio ha avuto luogo presso la R. Clinica Medica di Roma l'inizio del corso della Sezione Medica della Scuola Superiore di Malariologia con una prolusione tenuta dal direttore prof. Vittorio Ascoli.

Dinanzi agli iscritti pervenuti da tutte le parti d'Italia e dall'Estero, i rappresentanti dell'Esercito, ecc. il prof. Ascoli ha tenuto a far risaltare l'opera del Governo Nazionale con la istituzione della Scuola che da tre anni diffonde nei medici, ingegneri ed agrarii le dottrine che realizzano la bonifica dell'uomo e del terreno. Dall'unione di queste energie e dal controllo tecnico sulla applicazione esatta delle leggi e dei principii, si valorizza appieno il grande concetto fascista della « Bonifica Integrale » la quale rappresenta un fulgido ed unico esempio nel mondo di sistemazione sanitaria ed al tempo stesso finanziaria per il Paese.

Il posto della Scuola Superiore di Malariologia è dunque ben definito nella sua linea di condotta teorico-pratica: poichè ad essa sono affidati i compiti importanti dell'insegnamento e della preparazione di coloro che sono destinati a dirigere e governare il grande movimento della Bonifica Italiana.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 27 giugno scorso, l'Accademia Lancisiana — la quale ha ripreso di fatto il posto che anticamente occupava di stimolo allo studio delle questioni vitali della medicina e chirurgia, e di gara feconda tra le giovani menti — tenne l'annunciata assemblea straordinaria, per lo svolgimento della relazione medica annuale, prevista dallo statuto.

La sala del Dopolavoro Ospedaliero era affollatissima di autorità mediche e chirurgiche della capitale, di professori e liberi docenti, di medici e chirurgi e di studenti del secondo triennio di medicina e chirurgia.

Il prof. dott. Antonio Sebastiani, appositamente designato, svolse brillantemente il tema « Insufficienza cardiaca », illustrando la relazione con numerose proiezioni.

L'O. divise la relazione in due parti: nella prima prese in esame i principali sintomi che costituiscono il quadro clinico dell'insufficienza cardiaca, facendone rilevare l'importanza e riferendo gli studi e le ipotesi fatte per la loro interpretazione. In particolare si soffermò ad analizzare minutamente la dispnea, le modificazioni della capacità vitale, l'edema, la cianosi, la misura della massa del sangue.

Nella seconda parte, in una veduta d'insieme l'O., dopo di aver riferito sulla discussa questione del tono del cuore e del modo con cui può eseguirsi la misura della gittata sistolica, espose, nella conclusione, le modalità con cui oggi può ritenersi che si produca il complesso fenomeno dello scompenso cardiaco.

La relazione, suffragata dall'O. anche di acute e profonde osservazioni personali, fu seguita con la massima attenzione dall'uditorio e si chiuse tra l'unanime consenso dei presenti.

7ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

A Parigi il Comitato Esecutivo ed il Consiglio di Direzione dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi si sono riuniti sotto la presidenza di S. E. l'on. prof. R. Paolucci, e si è deciso che la 7ª Conferenza Internazionale avrà luogo ad Oslo dal 13 al 16 agosto 1930, sotto la presidenza del prof. Frollich (Norvegia).

In questa settima Conferenza saranno trattati i seguenti temi:

Biologico: La vaccinazione preventiva col B.C.G. Relatore prof. Calmette (Parigi).

Clinico: La toracoplastica nel trattamento della tubercolosi polmonare. Relatore prof. Bull (Oslo).

Sociale: L'insegnamento della tubercolosi agli studenti in medicina ed ai medici. Relatore tedesco che dovrà essere ancora designato.

Oltre i tre relatori ufficiali, per ogni argomento saranno designati dal Comitato Esecutivo altri 10 oratori scelti tra i nomi proposti dalle varie associazioni di tutto il mondo, che parleranno sul tema principale all'inizio della discussione.

Dopo la seduta è stata proiettata una film sulla vaccinazione col B. C. G. nell'uomo e nei bovini ed un'altra che illustra l'opera del « Placement familial des tout Petits ».

Inoltre il prof. L. Bernard ha presentato un rapporto sulla « reazione di flocculazione di Vernes » per la diagnosi delle lesioni tubercolari polmonari e l'apprezzamento della loro attività.

Alla seduta hanno partecipato i rappresentanti di tutte le associazioni antitubercolari d'Europa; la Federazione italiana era rappresentata dal dott. Federigo Bocchetti.

Per tutte le informazioni rivolgersi al Segretario generale prof. G. Mendes, Via Toscana, n. 12, Roma.

Società internazionale di Idrologia medica e Lega Internazionale contro il Reumatismo.

Queste due importanti Società Internazionali terranno il loro Congresso a Budapest dal 13 al 18 ottobre, sotto la presidenza del dott. barone Alessandro Korányi. Nelle sedute scientifiche si discuteranno i temi seguenti:

I. *Idrologia*: 1) Cure con acque minerali ipertoniche ad alta concentrazione;

2) Bagni e Cure contro malattie della circolazione.

II. *Reumatismo*: 3) Rapporto fra malattie reumatiche acute e croniche nei varii paesi;

4) Ricerche sierologiche ed ematologiche nei malati di reumatismo.

A complemento delle sedute scientifiche si visiteranno i bagni di Budapest e le stazioni balneari importanti dell'Ungheria.

Possono prender parte al Congresso i membri ordinari dell'I. S. M. H. Per l'iscrizione rivolgersi al prof. Andrea Vinaj, a Andorno Bagni (Biella), rappresentante della Società. I non membri, come ospiti, dovranno rivolgersi alla sede centrale dell'« International Society of Medical Hydrology », Marylebone Road 139, London W. 1, Inghilterra.

La Conferenza internazionale per la Croce Rossa.

Il 1° corr. ebbe luogo a Ginevra l'apertura della Conferenza diplomatica incaricata di rivedere la Convenzione internazionale della Croce Rossa e di elaborare un codice dei prigionieri di guerra.

Quarantasei Stati con un complesso di 131 delegati presero parte ai lavori fra cui l'Italia rappresentata dal sen. Ciraolo, comandante Rainieri Biscia, colonnello Giglioli, prof. Ilvento, tenente colonnello medico Peruzzi, maggiore medico Basile.

A presidente della Conferenza è stato eletto il capo della Delegazione svizzera signor Paolo Dinichert, direttore della divisione degli affari Esteri del Dipartimento politico federale.

Congresso internazionale per le piante medicinali.

Si è tenuto a Venezia il 3° Congresso internazionale fra i Paesi d'Europa interessati alla coltivazione di piante aromatiche, medicinali ed affini.

II. Congresso Italiano di Genetica ed Eugenica.

Si svolgerà in Roma dal 30 settembre al 2 ottobre 1929 sotto la presidenza onoraria di S. E. Benito Mussolini e la presidenza effettiva del prof. Corrado Gini; vice-presidenti ne saranno i proff. Cesare Artom, Vittorio Ascoli e Alessandro Chigi.

Verranno discusse le seguenti relazioni: « L'origine di costituzioni genetiche nuove per mutazionismo ed incrocio » prof. Cesare Artom; « Funzioni somatiche e genetiche » prof. Silvestro Baglioni; « Quantità e qualità » prof. Marcello Boldrini; « Ambiente ed eredità secondo le più recenti ricerche » prof. Paolo Enriquez; « I fattori biologici della diminuzione delle nascite » prof. Carlo Foà; « Incrocio e consanguineità in relazione alla fecondità » prof. Alessandro Ghigi; « Le famiglie numerose » prof. Corrado Gini; « Gruppi sanguinei ed ereditarietà » prof. Leone Lattes; « Sterilizzazioni coattive » prof. Ernesto Pestalozza; « L'influenza della nutrizione sui caratteri della prole » prof. G. Quagliarello.

La quota per gli aderenti al Congresso è di L. 15, se soci della S.I.G.E., di L. 30 se estranei. Per i membri di famiglia che accompagnano i congressisti, le quote sono rispettivamente fissate in L. 5 e in L. 10. Le quote dovranno essere rimesse al Tesoriere del Congresso.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria, presso l'Istituto di Statistica e Politica Economica, via delle Terme di Diocleziano, 10 - Roma.

Congresso italiano della colonizzazione.

Per iniziativa dell'Istituto Coloniale Fascista, dall'1 al 5 ottobre si svolgerà in Roma il 1° Congresso dei concessionari coloniali; esso tratterà i problemi della colonizzazione, tra cui le bonifiche e la demografia. Il Comitato promotore è presieduto dal Duca degli Abruzzi. Per informazioni rivolgersi all'Istituto suddetto, via Giustiniani, 5 - Roma (119).

Convegno di Talassoterapia.

L'Associazione medica italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica, ha organizzato il III Convegno di talassoterapia a Grado per i giorni 24, 25 e 26 agosto.

Tema principale del Convegno sarà il seguente: « Indirizzo delle cure marine e delle organizzazioni relative delle colonie e degli ospizi ». Relatori saranno il prof. Nanni di Rimini e il dott. Magni di Venezia.

Ai medici che converanno a Grado verranno fatte speciali facilitazioni sia dal Comitato di cura, sia dalla Delegazione dei Commercianti.

Quanto prima verrà pubblicato il programma dettagliato del Convegno.

Convegno delle Pubbliche Assistenze d'Italia.

Dal 29 giugno al 1° luglio si è tenuto a Savona il primo convegno nazionale delle pubbliche assistenze d'Italia, che era stato organizzato dalla locale pubblica assistenza « Croce d'oro ». Oltre cinquanta squadre sono intervenute nei loro diversi costumi, ottimamente equipaggiate. Alcune sono giunte anche dai più lontani centri della penisola.

Corso accelerato di perfezionamento sulla tubercolosi a Palermo.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Palermo, dopo il felice esperimento di un primo corso, frequentato da circa quaranta medici condotti, ha organizzato un secondo corso sulla tubercolosi, destinato, oltre che ai medici condotti, anche a medici liberi professionisti.

La iscrizione è stata numerosa, tanto che numerosi ritardatari sono stati rinviati per un eventuale terzo corso, da effettuare, se possibile, in autunno.

Il corso è durato intensivamente dal 15 maggio al 1° giugno, con lezioni teoriche e con esercitazioni pratiche nelle varie istituzioni antitubercolari di Palermo.

L'organizzazione è stata ottima e l'insegnamento, impartito dai proff. Manfredi, Soli, Cannata, Calandra, Sagona, Fici, è stato inspirato, per quanto in forma sintetica, a dare un concetto preciso e completo del problema tubercolare, sia dal punto di vista medico che da quello sociale.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Durante i mesi di settembre e ottobre si terranno presso la R. Università di Parigi dei corsi estivi, sotto la direzione del prof. P. Carnot.

Un primo corso di 11 lezioni sul diabete e le malattie di fegato è annunziato dal 9 al 20 settembre, mentre dal 24 settembre al 5 ottobre si svolgerà un secondo corso sulle malattie della digestione. Nell'intervallo, si effettuerà un viaggio di studi a Vichy, con conferenze sull'idroterapia in rapporto alle affezioni epatiche e digestive. Il viaggio è riservato agli iscritti. Alla fine del duplice corso sarà rilasciato un certificato. Tassa d'iscrizione globale fr. 450; di laboratorio fr. 250. Sono ammessi medici di nazionalità straniera. Per chiarimenti scrivere alla segreteria della Facoltà di Medicina di Parigi.

Corso di igiene scolastica a Novara.

A Novara per iniziativa della locale Sezione dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene è stato tenuto un corso teorico-pratico di igiene scolastica agli insegnanti delle Scuole elementari. Il corso ebbe inizio nel gennaio e si protrasse a metà aprile; le lezioni vennero impartite da distinti sanitari igienisti del Corpo Medico Novarese.

È riuscito un corso completo e di alto interesse pratico per i maestri che lo hanno frequentato al completo con assiduità e diligenza e che hanno avuto agio di apprendere conoscenze preziose su tutto quanto si riferisce all'igiene della scuola e dello scolaro.

Gare d'igiene nelle scuole elementari di Roma.

Seguendo una bella tradizione istituita alcuni anni or sono, si è effettuato all'Augusteo, alla presenza del Governatore e delle maggiori autorità politiche, sanitarie e didattiche, la premiazione delle gare d'igiene che si svolsero nell'anno 1927-28 nelle scuole elementari di Roma.

L'illustre sen. prof. Ettore Marchiafava, che con fede ed entusiasmo presiede da più anni alla provvida iniziativa, pronunziò un discorso illustrando, con l'autorità della sua parola, i benefici risultati ottenuti con tali gare, alle quali l'intera classe magistrale, i medici scolastici, le vigilatrici, le direzioni dei competenti uffici sanitario e didattico, offrirono il valido contributo della loro opera, elevando le scuole di Roma al livello delle migliori d'Italia e dell'Estero.

Oltre ai premi in denaro e Cartelle del Littorio, per un complessivo di più di 50 mila lire, furono distribuiti: diplomi, medaglie, distintivi e doni, che al valore materiale, già di per sè notevole, uniscono quello assai più importante di suscitare nelle giovani generazioni quella coscienza igienica che, ripetiamo, è fonte di benessere e di salute.

Premi di igiene domestica "Luigi Pagliani".

L'iniziativa avuta dall'« Associazione Italiana Fascista per l'Igiene » di promuovere l'istituzione di premi a favore di quegli inquilini di modesta condizione che dimostrassero la migliore tenuta igienica della loro abitazione, ha avuto in Roma un risultato dei più confortanti.

Come fu a suo tempo annunciato, la Sezione Laziale dell'Associazione aveva stabilito che ai premi potessero concorrere operai, piccoli impiegati e rurali che avessero in proprietà o in affitto un piccolo appartamento, di non più di quattro camere, per il quale fosse corrisposta, nel caso di affitto, una pigione massima di lire quattrocento mensili. L'esclusione dal concorso dei subaffittuari e dei sublocatari ha tolto a molti inquilini la possibilità di concorrere. Tuttavia il numero di coloro che hanno preso parte a questa gara è stato, tanto per la Città quanto per il Suburbio e per la campagna, rilevantissimo.

Gli Enti ai quali l'Associazione si era rivolta, sopratutto il Governatorato e gli Istituti proprietari di stabili, hanno compreso l'importanza della gara, contribuendo generosamente alla costituzione dei premi, sicchè si sono potuti stabilire 260 premi per una complessiva somma di L. 55 mila in titoli del Littorio.

L'assegnazione dei premi e dei diplomi relativi ebbe luogo il 26 maggio, nel grande salone del Centro Profilattico del Governatorato. La cerimonia assunse carattere e significato morale e sociale.

Lega Nazionale Italiana contro il cancro.

Si è insediato il nuovo Consiglio direttivo centrale della Lega italiana per la lotta contro il cancro che ha eletto alla unanimità a presidente il sen. prof. Alessandro Lustig, a vice-presidenti i professori Maurizio Ascoli di Catania e Raffaele Bastianelli di Roma, e a segretario generale il prof. Pietro Gallenga di Roma.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

L'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia ha portato alle madri ed ai fanciulli che più soffersero per effetto della recente eruzione del Vesuvio, i primi immediati soccorsi; a mezzo del suo organo federale di Napoli, ha poi autorizzato quella Federazione ad intensificare l'assistenza, inviando una sovvenzione di L. 20.000.

Casa di Maternità a Torino.

L'1 corr. fu inaugurata a Torino la Casa di Maternità che prende il nome di « Alma Terra Italica », destinata ad accogliere le madri italiane residenti all'estero che vengono in Italia a dare alla luce i loro figli. Assistevano alla cerimonia il Principe di Piemonte, il Duca di Genova, la Principessa Maria Adelaide di Savoia-Genova e altissime autorità e personalità. Parlarono il segretario dei Fasci all'Estero comm. Piero Parini, il sen. Garbasso, il prof. Valagussa, il preside del-Provincia gr. uff. Anselmi.

Colonia marina a Santa Marinella.

Il segretario federale dell'Urbe avv. Aldo Vecchini ha inaugurato a Santa Marinella una colonia organizzata dal gruppo Salario di Roma ed intitolata al martire fascista Federico Guglielmo Florio. Essa sorge in una località oltremodo pittoresca, la pineta Odescalchi.

Onoranze al prof. Angelucci.

In occasione della fine del suo insegnamento, il prof. Arnaldo Angelucci venne festeggiato, nei locali della Clinica, da autorità, oculisti recatisi a Napoli da ogni parte d'Italia, colleghi, discepoli.
L'ultima lezione fu specialmente consacrata ai problemi sociali dell'oculistica, con riguardo al tracoma. Parlarono poi vari colleghi e discepoli; il prof. Lodato disse un omaggio in latino. Fu inaugurato un busto, opera di Ierace.

Onoranze al prof. Agote.

Il 18 maggio in Buenos Aires furono rese onoranze solenni, da una legione di discepoli, di ammiratori e di amici, al prof. Luis Agote, fondatore dell'« Istituto Modello di Clinica Medica », in occasione del ritiro dall'insegnamento.
Venne scoperta una targa di bronzo, con l'effigie del festeggiato, cui venne offerta una medaglia d'oro e una pergamena miniata. Furono anche distribuite numerose targhette in argento. Parlarono i proff. Novaro e Damianovich, i dottori Galindez e Travi, il sig. Varela e il festeggiato.
L'Istituto recherà ora il nome dell'Agote, cui la medicina va specialmente debitrice della tecnica per le trasfusioni di sangue citratato e di pregevoli studi sull'ulcera gastrica e duodenale, sulla colesterinemia, ecc. Il grande clinico è anche poeta, istoriografo, uomo politico: egli contempera le più svariate forme d'attività.

Commemorazione di Luigi Mangiagalli.

Il primo anniversario della morte di Luigi Mangiagalli è stato solennemente celebrato a Milano.
Una imponente cerimonia si è svolta a Palazzo Marino, con l'intervento delle autorità e di altissime personalità. Era presente anche la sorella dell'Estinto. Fu letto un telegramma di adesione del Duce, il quale ricorda le alte benemerenze scientifiche e patriottiche del Mangiagalli. Una vibrante orazione fu tenuta dal podestà S. E. De Capitani. Vennero poi scoperti un busto, opera dello scultore Castiglioni, ed una lapide, che reca la seguente epigrafe dettata dal prof. Gallavresi: « Luigi Mangiagalli — primo Sindaco fascista della città — primo Rettore dell'Università milanese — Senatore del Regno, Ministro di Stato — La dottrina nelle discipline mediche — la perizia nelle operazioni chirurgiche — rifulsero in Lui congiunte — alla pietà per le umane sofferenze — al nobile fervore — per la ricerca scientifica — e per la gloria d'Italia — Nel primo anniversario — il Comune pose ».
Un altro busto venne scoperto nell'Asilo « Regina Elena » per le madri povere legittime; è opera dello scultore Panzeri. Anche a questa cerimonia intervennero alte autorità; furono pronunziati discorsi dal presidente dell'Opera, duca Marcello Visconti di Modrone, dal direttore della casa di cura, prof. Attilio Ferri, e dal podestà, sen. De Capitani.
Furono celebrate delle messe funebri nella cappella dell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro e nella Chiesa di San Giuseppe annessa alla Clinica Ostetrico-Ginecologica.
Ad iniziativa della Associazione per l'alta cultura, per onorare la memoria del Mangiagalli sarà pubblicata « La storia della fondazione della R. Università di Milano » preceduta da una biografia dell'illustre scienziato, stesa dal prof. Gallavresi.

Commemorazione del prof. Barduzzi.

Nell'Aula Magna della R. Accademia dei fisiocritici in Siena è stata fatta il 29 giugno la solenne commemorazione del prof. Barduzzi. Assistevano tutte le autorità cittadine e rappresentanti delle principali accademie italiane ed estere. Il presidente prof. Tommasi inaugurò la sala della biblioteca Barduzzi donata dal figlio, che presenziava la cerimonia. Il prof. sen. Davide Giordano, in un commosso discorso, parlò della patria del Barduzzi, Brisighella, della gioventù del maestro, ed ha fatto una minuta rassegna delle sue numerose opere. Il prof. Barduzzi fu il primo assertore della radioattività di molte acque termali, quali le Sangiulianesi. Sostenne per primo la necessità della profilassi delle malattie veneree per aumentare la natalità. La commemorazione è stata vivamente applaudita.

Medichesse di bordo.

Nella Marina mercantile spagnola prestano regolare servizio due laureate in medicina. Esse hanno partecipato all'ultimo Congresso internazionale delle dottoresse, adunatosi a Parigi, ove furono oggetto di curiosità perchè vestivano l'elegante divisa di ufficiali medici di marina.

Diplomi medici italiani registrati in Romania.

Nello scorso gennaio furono registrati (riconosciuti) in Romania 99 diplomi medici stranieri, tra cui 15 italiani, conseguiti nelle seguenti Università: 6 a Modena, 2 a Padova, 2 a Pavia, 2 a Roma, 1 a Genova, 1 a Napoli, 1 a Siena.
Per lo più si tratta di diplomi conferiti a rumeni che hanno studiato all'estero in causa dei frequentissimi disordini che si producono nelle Università romene.

Le vaccinazioni antirabbiche profilattiche a Milano.

Già nello scorso anno presso l'Istituto di patologia e clinica medica veterinaria di Milano (Città degli Studi, via Celoria 10) si eseguirono gratuitamente le vaccinazioni preventive dei cani contro la rabbia, a tutto vantaggio non solo dei cani, ma anche dell'uomo, che indirettamente ne resta salvaguardato e protetto. Le vaccinazioni, eseguite presso l'Istituto sopra indicato, previi accordi ed autorizzazione da parte delle autorità sanitarie locali, hanno trovato nel pubblico tale consenso da consigliare anche quest'anno l'adozione della importante misura profilattica. I soggetti già stati vaccinati l'anno scorso devono esserlo nuovamente, essendo di circa un anno la durata della immunità antirabbica.

Incendio di un ospedale in Cina.

È giunta notizia da Canton che l'edificio dell'ospedale di quella città è stato interamente distrutto da un incendio, scoppiato in seguito ad una esplosione che si ritiene dolosa.

Il disastro ha causato la morte di un centinaio di persone, fra cui una trentina di malati ricoverati nell'istituto.

Lebbrosi che evadano.

I giornali recano che in Romania tre ricoverati di un reparto per lebbrosi riuscirono ad allontanarsi e si recarono in un ufficio governativo di Bucarest per protestare contro il cattivo trattamento, destando vivissimo allarme.

Processo per esercizio abusivo.

Il medico provinciale di Firenze aveva denunziato il sig. Alberto Masi come esercente abusivo dell'odontoiatria e il dott. Maresca come prestanome. Il pretore ha assolto i due imputati, il primo per insufficienza di prove, il secondo per non aver commesso il reato.

Condanna di abusivo.

Il Pretore urbano di Massa ha condannato a mille lire di multa certo Evangelisti che come odontotecnico suppliva il titolare del Gabinetto odontoiatrico, sostituendosi a lui in operazioni che lo mettevano a diretto contatto coi pazienti, il che non è concesso dalla legge. L'Evangelisti fu più volte recidivo, il che prova l'inefficacia delle sanzioni.

Processo per pratiche anticoncezionali negli Stati Uniti.

A New York il 15 aprile vennero arrestate due medichesse e tre infermiere del « Birth Control Research Bureau », per avere fornito ad una poliziotta, presentatasi come paziente bisognosa di evitare la gravidanza, delle istruzioni atte a raggiungere tale scopo.

Il processo si è svolto il 14 maggio; il giudice, Rosenbleck, pronunziò sentenza di assoluzione, rilevando che non è criminoso, da parte dei medici, di fornire indicazioni, per ragioni sanitarie, sui mezzi anticoncezionali a donne coniugate; rileva che nel caso specifico la buona fede era stata sorpresa; la sentenza sembra contenere un biasimo per i procedimenti usati della polizia. (Dal « Journal A. M. A. », 1 giugno 29).

Con profondo rammarico registriamo la perdita del prof. GUSTAVO GASPERINI, il quale per oltre 20 anni diresse l'Ufficio d'igiene del Comune di Firenze.

Due mesi or sono egli si era recato a Rodi, per effettuare degli studi idrici, dietro incarico del Governatore dell'isola. Compiuto il lavoro, s'imbarcò per tornare a Firenze; ma durante il viaggio fu preso da grave malore. Giunto a Brindisi dovette essere ricoverato nell'ospedale, dove, malgrado tutte le cure, è spirato.

Il Gasperini, che aveva una salda e vasta cultura, ha compiuto studî originali pregevolissimi. Compì ricerche importanti, ricordiamo, ad esempio, che con il Celli scoprì l'anofelismo senza malaria. Si era specializzato nel campo dell'idrologia: sono divenuti classici i suoi studi sulle streptotricee delle acque.

Era apprezzato da tutti per la rettitudine, la bontà e l'operosità. Noi che fummo suoi amici devoti lo ricordiamo con commozione dolorosa.

Ma la sua opera intensa, intelligente, proficua dedicò ai bacini delle acque minerali, che conosceva minutamente nelle proprietà geologiche e nella qualità delle acque così da poterli disciplinare, riorganizzare con criteri scientifici e pratici insieme. Il rinnovamento delle principali sorgenti minerali italiane si deve a lui. Il vuoto ch'egli lascia non sarà facilmente colmato.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI — Roma, 22 Luglio 1929 — Num. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I IN TORINO
Sezione Medica - Dir.: Prof. E. GRUNER.
Labor. Batteriologico - Dir.: Prof. P. BRUNO.

Febbre tifoidea apiretica

per il dott. A. M. BONANNO, assistente.

Il caso clinico che intendo descrivere presenta non scarso interesse pratico sia per la rarità con cui la sintomatologia descritta suol presentarsi, sia per le deduzioni di ordine dottrinale che si possono far scaturire.

Viene ricoverato in Ospedale il 3 dicembre 1927, Gu... Guido, di anni 16, celibe, commesso, da Torino. Il paziente racconta che da circa una settimana ha notato senso di stanchezza, cefalea specialmente nei primi giorni, anoressia, alvo irregolare, tanto che da 5 giorni ha dovuto cessare la sua occupazione di commesso. Si sono aggiunti nei primi giorni frequenti epistassi. Il medico curante, nostro collega ospedaliero, che frequentava la casa per la cura di altri congiunti, come dirò in seguito, non ha potuto notare alcun rialzo febbrile. Persistendo lo stato di prostrazione del paziente e per la malattia di altri congiunti, consiglia il ricovero in Ospedale ove all'esame obbiettivo è dato rilevare:

Soggetto longilineo, in discrete condizioni di nutrizione. Il paziente pur presentando un aspetto sofferente, risponde alle nostre domande ed è orientato nello spazio. Nulla al capo e al collo. Apparato linfatico superficiale indifferente in tutti i distretti. Lingua asciutta, patinosa, arrossata ai bordi. L'esame dell'apparato polmonare non fa rilevare alcun dato patologico. Il cuore si presenta in limiti, con toni puri ma deboli. Polso ritmico, piccolo, 80 pulsazioni al m'.

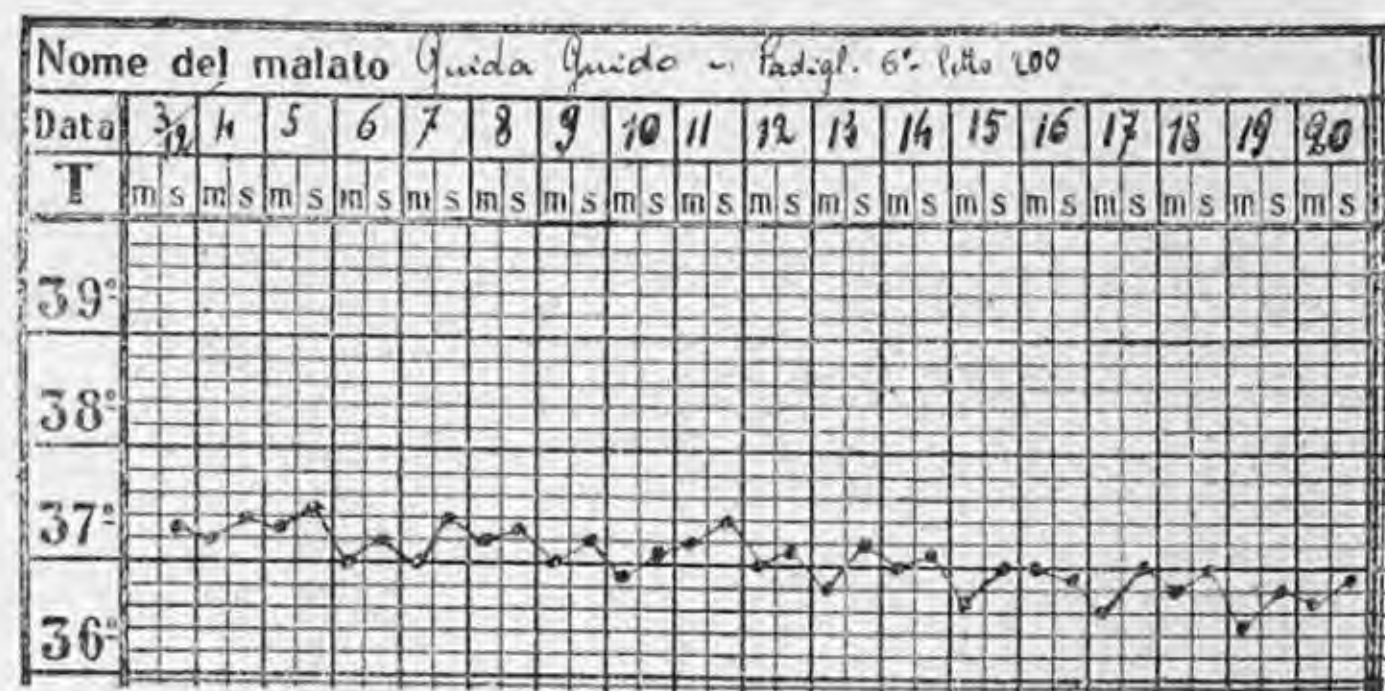
L'addome non appare espanso: presenta rari punticini sollevati, arrossati, della grandezza di uno spillo che sono stati giudicati come macchie

di roseola. Discreto meteorismo; non si riesce a palpare il fegato mentre si palpa facilmente la milza che deborda di tre dita dall'arco costale e presenta margine inferiore arrotondato discretamente duro, indolente. Anche il margine superiore è aumentato. Alvo stitico. Riflessi superficiali e profondi nella norma. L'esame delle urine, ripetuto diverse volte durante la degenza in ospedale non ha messo in evidenza alcun elemento a significato patologico.

L'emocultura in bile, in brodo, praticata in decima giornata di malattia è stata negativa. La sierodiagnosi ha presentato un'agglutinazione del b. tifo a un titolo di 1:16.000. Delle semine dalle feci fatte in 15ª giornata di malattia su piastre di Agar Drigalski-Conradi dànno sviluppo a numerose colonie piccole che non arrossano il mezzo nutritivo non coagulano il latte, non producono indolo, mobili a goccia pendente, Gram negativi e vengono agglutinati dall'immunsiero tifico.

L'esame ematologico ha dato: emoglobina 72; glob. bianchi 4500; glob. rossi 4.140.000; valore globulare 0,87.

Polin. neutrofili 69 %; Polin. eosinofili 1 %; linfociti 28 %; monociti 3 %; non forme immature. Non cellule a tipo istioide collo stropicciò del polpastrello dell'indice. La ricerca del tempo di coagulazione, delle piastrine, della retrazione del coagulo, nonchè la prova del laccio non hanno messo in evidenza alterazioni speciali. Le suddette ricerche sistematiche della crasi sanguigna praticate in numerosi casi di febbre tifoidea saranno illustrate in un recente mio lavoro.

La temperatura che veniva sistematicamente presa alla regione rettale ha presentato, come si rileverà dall'unita grafica, il seguente decorso:

mentre nei primi otto giorni di degenza, e quindi in seconda settimana di malattia, si mantenne, sia al mattino che alla sera tra i 37-37,5, in seguito si abbassò gradatamente fino a mantenersi al disotto di 37. Il decorso della temperatura non venne influenzato da alcuna terapia sia fisica che chimica essendoci limitati a cure dietetiche.

Il tumore di milza persistette senza presentare modificazioni fino alla fine di dicembre per diminuire, di volume e di consistenza in seguito, pure persistendo ancora nella seconda quindicina di gennaio quando il paziente venne dimesso dall'ospedale.

Per quel che riguarda la roseola, si ebbe ancora la comparsa di qualche macchia entro i primi 15 giorni di degenza in ospedale.

Le condizioni del paziente andarono progressivamente migliorando per quanto riguarda l'astenia, l'anoressia, il meteorismo.

L'alvo persistette stitico. Il paziente riesce a nutrirsi discretamente tanto che nei primi di gennaio gli si permette di alzarsi. La sierodiagnosi praticata prima che il paziente lasci l'Ospedale (18 gennaio 1928), è stata ancora positiva a titolo alto (1:15.000). Riuscirono invece negative le culture in piastre di Agar Drigalski-Conradi delle feci e delle urine.

Pochi giorni dopo il ricovero del paziente in Ospedale, vengono pure ricoverati la madre e un fratello più giovane del nostro paziente che presentano un quadro tipico di febbre tifoidea sia dal lato clinico (temperatura compresa) che dal lato sierologico e culturale. Il medico di famiglia ci avvisa che una sorellina del nostro paziente è degente a casa con quadro tipico di febbre tifoidea. Solo il padre è rimasto immune nella famiglia dall'infezione che ha colpito gli altri congiunti.

Sia la madre che l'altro figliolo ricoverati in ospedale come pure la bambina degente a casa, a quanto ci riferì il collega curante, presentarono un decorso caratteristico dell'infezione tifoidea che ebbe come epilogo la guarigione.

Il germe isolato dalle feci del mio malato e quello che si riuscì ad isolare dal sangue della madre, studiato parallelamente per scoprire eventuali differenze biologiche e culturali, non presentarono differenze per quel che riguarda la mobilità a goccia pendente, lo sviluppo su Agar Drigalski-Conradi, la coagulazione del latte, la produzione di indolo, l'agglutinazione con immunsiero tifico a diverso titolo. Iniettati 4 conigli per via endovenosa di diversa dose di b. tifo dei due ceppi, gli animali dopo aver presentato ipertermia circa 10 ore dopo l'iniezione, morirono tutti e quattro nello spazio di due giorni. I due ceppi di b. tifo ricavati dalla madre e dal figlio e cimentati in seguito con altri sieri per uso diagnostico, presentarono sempre uguale comportamento sia che venivano agglutinati o no dai sieri di cui si praticava la siero-agglutinazione.

Il quadro clinico presentato dal paziente, gli esami culturali e sierologici, il decorso della malattia e la presenza in casa di altri ammalati di infezione tifoidea parlavano in favore di infezione tifoidea, anche mancando la febbre nel nostro paziente. Lo stato di astenia e di anoressia accusato dal paziente, la lingua arrossata ai bordi e patinosa, il tumore di milza e la presenza di poche macchie di roseola, se non in modo assoluto, pure facevano pensare a un'infezione da b. di Ebert. La cultura del bacillo dalle feci, la siero-agglutinazione ad altissimo titolo (tanto più che il paziente giovane non aveva ancora ricevuto iniezioni di sieri a scopo profilattico) facevano porre con sicurezza la diagnosi di infezione tifoidea.

Si poteva pensare a una infezione melitense sapendo quale irregolarità possa presentare la febbre in tale malattia. Ma tale diagnosi si potè facilmente escludere anche per la negatività della siero-agglutinazione per il b. Bruce praticata contemporaneamente a quella per il gruppo tifo-paratifi. L'ipotesi che potesse trattarsi di infezione da paratifo *A* o *B* non aveva anch'essa alcun fondamento sia per la negatività degli esami sierologici e culturali, e per l'assenza anche della febbre, differendo clinicamente l'infezione paratifoidea *A-B* da quella tifoidea solo talvolta per la be-

nignità del decorso sintomatologico e prognostico. Per cui l'assenza di rialzo termico nel mio caso, esperite le ricerche collaterali di laboratorio, non faceva escludere la diagnosi di febbre tifoidea.

E casi di tal genere sono stati descritti per la loro importanza clinica e per la rarità da Fräntzel, Ortiz, Giroud, Weill e Pierj, Ughetti e ancora da De Gaetani, Giunta, da Cappellani e da Montefusco, da Micheleau. C. Bifulco descriveva ancora (1925) un caso di febbre paratifoidea A a decorso apiretico.

Il caso da me descritto ha importanza dal lato clinico perchè insegna che l'assenza di febbre non può far escludere un'infezione tifoidea. Chi ha pratica di ammalati conosce che accanto ai casi, che sono la maggior parte, d'infezione tifoidea in cui la febbre si aggira sui 39°-40°, ve ne son di quelli in cui la temperatura non oltrepassa mai i 39°. In questi casi suole aversi anche un decorso clinico non grave e molte volte una minor durata della malattia. Sono essi i casi di tifo lieve, ambulatorio, come suol dirsi.

Dal lato dottrinale l'insolita caratteristica presentata dal nostro paziente della mancanza di febbre, ci fa mettere in discussione, oltre alla patogenesi dell'apiressia, anche quella della febbre. La quale purtroppo ancora rimane non completamente conosciuta malgrado le numerose ricerche condotte a chiarire questo sintomo così frequente. Per quel che riguarda specificatamente l'apiressia in malattia febbrile, si pensò che l'apiressia in questi casi sia dovuta a lesioni del sistema nervoso centrale, sia che esse siano provocate da sostanze che si formano nella milza (Gamaleia) oppure siano l'esponente di localizzazione del germe o delle tossine. Ma il fatto che anche nei casi in cui sono state dimostrate lesioni del sistema nervoso centrale mai si accompagnò ad esse lo stato di apiressia fa rigettare, o per lo meno dimostra insufficiente, la teoria nervosa a spiegare l'apiressia nel nostro caso di tifo. Tanto più che il nostro paziente non presentò durante la malattia alcun sintomo di lesione cerebrale.

Altra ipotesi a spiegare l'apiressia in malattie febbrili è stata avanzata ammettendo un fattore costituzionale speciale. Ma il fattore costituzionale se attraverso a mille sfumature dei principali quadri morfologici stabiliti imprime senza dubbio un'impronta particolare a quei fattori reattivi dell'organismo che sono conseguenza della lotta impegnata tra il terreno e il germe, da cui le caratteristiche individuali della malattia per quel che riguarda la sintomatologia clinica, il decorso, la prognosi: il fattore costituzionale, dico, non ci fornisce una risposta esauriente sull'apiressia nell'infezione tifoidea, data anche la rarità con cui si presenta tale evenienza. Maggiore messe di consensi raccoglie la teoria che spiega la comparsa dell'apiressia nelle malattie febbrili colla maggior penetrazione in circolo di tossina sia che essa venga prodotta in grande quantità, cui si aggiunge anche la tossina di altri batteri, nel caso del tifo, del b. coli dando luogo così ad una grande quantità di tossina che produce il fenomeno dell'abbassamento della temperatura (Sanarelli, Metchnikoff); oppure per lesioni del rene (Teissier, Ughetti), e anche del fegato (Roger) sia determinata la ritenzione dei prodotti tossici donde l'accumulo nell'organismo e la nota azione ipotermizzante.

A giudicare dal mio caso, non credo che tale teoria possa trovare conferma, sia per la benignità del decorso della malattia, per l'assenza di lesioni renali e con tutta verosimiglianza anche epatiche. Se la maggior parte dei casi descritti di febbre tifoidea apiretica andò a morte presentando sovente lesioni al rene, al fegato oltrechè in altri organi e perciò sembra convalidare l'ipotesi della ritenzione di tossine per l'insufficienza di eliminazione da parte degli organi a ciò deputati, il mio caso credo per la benignità del decorso non possa mettersi in tale categoria. Altre differenze presentate dal mio caso rispetto ad altri casi descritti consistono nella presenza nel mio caso di tumore di milza a differenza di quei casi in cui esso faceva difetto; nella frequenza del polso di poco aumentata rispetto al normale: l'assenza di tumore di milza in casi di febbre tifoidea apiretica e la frequenza del polso discretamente aumentata avevano indotto alcuni AA. a veder in esse la spiegazione di speciali teorie da loro avanzate.

Devo aggiungere che lo studio dei caratteri culturali e biologici del germe isolato dalle feci del mio paziente e da quello isolato dal sangue della madre non ha fatto rilevare differenze di sorta pure non escludendo che i due germi potessero essere dotati di caratteristiche biologiche speciali e non rilevate dalle indagini batteriologiche praticate.

Non saprei chiudere più convenientemente questa mia nota che facendo mie le parole del Bifulco a conclusione della descrizione del suo caso di paratifo A apiretico (*Studium*, 1925, n. 10): « siamo dunque — egli dice — malgrado le numerose ipotesi, lontani dal poter dare ragione dell'avvenimento clinico in

vero abbastanza complesso, alla cui produzione forse contribuiscono molteplici cause e non si può spiegare il fenomeno solo con considerazioni che riguardino esclusivamente un fattore, sia esso il germe o l'organismo, almeno per i dati che abbiamo, riguardanti i pochi casi studiati ». Tuttavia la presente nota se porta scarso contributo di ordine dottrinale al fenomeno così oscuro dell'apiressia nell'infezione tifoidea, non è priva di valore dal lato clinico in quanto ricorda al pratico la possibilità di casi di febbre tifoidea apiretica, evitando così falsi indirizzi terapeutici in una malattia così grave quale suole essere l'infezione tifoidea.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di febbre tifoide con assenza di febbre, a decorso mite, in soggetto 16enne; ne discute la patogenesi.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
diretto dal prof. A. ZERI.

Considerazioni sopra un caso mortale di ileo-tifo emorragico

per il dott. VITTORIO SERRA, assistente.

La presenza di manifestazioni emorragiche durante il decorso del tifo addominale è fenomeno, se non costante, almeno di una certa frequenza.

Accade, però, a volte che queste manifestazioni acquistino uno speciale rilievo per la loro intensità, la loro profusione, la loro ostinatezza e vengano a dominare tutto il complesso sintomatologico, modificando il decorso dell'infezione e la sua prognosi.

Un infermo ricoverato recentemente nel nostro Istituto ha appunto presentato una di quelle forme in cui l'infezione si associa a un'eccezionale accentuazione della diatesi emorragica: ed io mi accingo, seguendo il consiglio del mio Direttore prof. Zeri, ad illustrare questo caso, cercando di dare particolare rilievo alle peculiarità sintomatiche che vi si notano.

Caso clinico. — I. Francesco, di anni 28, contadino. Padre, madre e cinque fratelli viventi e sani.

Nè in essi, nè in alcun altro dei collaterali e degli ascendenti si riscontrano tracce di diatesi emorragica.

Il paziente ebbe sviluppo normale, frequentò le scuole, prestò servizio militare: a 23 anni sposò donna sana che ha avuto due gravidanze a termine.

Forte bevitore e fumatore.

Nega lues e malattie veneree.

Durante tutta la sua vita egli non andò mai soggetto a emorragie, non ebbe mai epistassi nè manifestazioni cutanee, non emise mai sangue dalla bocca, nè dall'ano.

I traumi non lasciavano in lui tracce particolari; non si comportò mai, insomma, in modo da risvegliare l'attenzione di chi viveva con lui

Non ebbe mai malattie degne di nota.

Il 12 novembre 1928 il paziente cominciò ad accusare un senso di malessere vago, di astenia generale, di svogliatezza al lavoro.

Tali sintomi si protrassero per qualche giorno.

Il 17 egli si pose a letto; l'alvo era diarroico, le feci avevano colorito normale. Comparve febbre che andò progressivamente aumentando, senza accompagnarsi a brivido.

Il 20 l'infermo ebbe un'abbondante epistassi, che, però, non si ripetè più nei giorni seguenti.

Il 21, invece, emise abbondante quantità di feci miste a sangue: il loro colorito era rossastro, tanto da risvegliare l'attenzione dei familiari.

Nei giorni seguenti la febbre si mantenne altissima, oscillando tra 39 e 40: le condizioni generali si fecero gravi, l'alvo si mantenne diarroico e presentò, qualche giorno dopo, nuovamente presenza di sangue.

L'epistassi, invece, non si ripetè.

Il 22 novembre 1928 era ricoverato nel nostro Istituto.

Esame obbiettivo (29-11-1928).

Condizioni generali gravi. Facies bruno pallida con tratti affilati. Decubito supino passivo. Sensorio obnubilato. Costituzione piuttosto gracile. Stato di nutrizione scaduto.

Cute e mucose visibili pallide. La cute è piuttosto arida. Si nota lieve cianosi delle labbra e dei pomelli; non edemi, non efflorescenze, nè cicatrici d'importanza.

Glandole scarse nelle comuni sedi.

Muscoli, ossa, articolazioni, nulla di notevole.

Polso 105, molle, dicroto, ritmico.

Temperatura 39°,5.

Pupille uguali reagenti.

Lingua patinosa, non molto umida, arrossata alla punta.

Faringe arrossato.

Apparato respiratorio. — Scarsa tosse con emissione di escreato muco purulento, piuttosto denso, intimamente misto a scarse quantità di sangue.

Torace: simmetrico, tendente al tipo cilindrico, abbastanza proporzionato.

Respiro a tipo costo addominale, di media frequenza.

F. V. T. percepibile su tutto l'ambito: non punti dolenti.

Suono chiaro su tutto l'ambito.

Si odono scarsi rantoli e ronchi alle basi.

Apparato circolatorio. — Il paz. non si lamenta di disturbi subbiettivi.

Cuore: l'itto della punta si vede e si palpa al quarto spazio all'interno dell'emiclaveare.

Ivi si delimita con la percussione. Gli altri limiti sono normali.

Il primo tono alla punta è parafonico.

Nulla di notevole a carico del fascio sopracardiaco. Normali i vasi periferici: polso molle, nettamente dicroto.

Pressione arteriosa: mx 110; mn 70 (R. Rocci).

Addome. — Piuttosto teso, poco trattabile; non presenta punti dolenti alla palpazione.

Non segni di liquido libero.

Fegato: non si riesce a palpare per la tensione delle pareti addominali. In alto giunge alla V costa sull'emiclaveare.

Milza: non si riesce a palpare per la stessa ragione. Con la percussione l'ottusità splenica giunge in alto alla VIII costa sull'ascellare media.

Stomaco: con la percussione appare nei limiti.

Non si notano emorroidi.

Esame delle feci: feci semifluide, talune verdastre simili a pourée di piselli; la maggior parte miste a coaguli sanguigni. Anche le scariche non apparentemente emorragiche mostrano nettissima la reazione del sangue con la benzidina.

Apparato urogenitale. — I reni non si palpano.

Esame delle urine. — Colore: giallo bruno; aspetto: torbido; reazione: acida; P. S. 1023 a 15°; albumina: tracce (meno del 1/2 per mille all'Essbach); zucchero: assente; indacano: tracce; urobilina: tracce; pigm. biliari: tracce; sedimento: numerosissime emazie ben conservate: parecchi cilindri granulosi.

La Diazoreazione di Ehrlich è positiva.

Glandole endocrine. — Nulla di notevole.

Esame del sangue. — Emoglobina 70; globuli rossi 3.600.000; val. glob. 0,90; globuli bianchi 4000; piastrine 55.000 (secondo il metodo di Fonio: puntura del polpastrello del dito traverso una goccia di soluzione satura di solfato di magnesia).

Formula leucocitaria. — Pol. neutrofili 62 %; basofili 0; eosinofili 0; linfociti 8 %; mononucleati 30 %; tempo di coagulazione: m.' 47.

La prova di Bloch dimostra anch'essa un notevole ritardo della coagulazione, la coagulazione cominciando solo dalla IX provetta (diluizione 1:900), mentre di norma s'inizia alla III ed è completa alla settima.

La prova della retrattibilità del coagulo, dimostra che questa è del tutto assente.

Prova del laccio: negativa.

Prova del martello: negativa.

Sieroagglutinazione: positiva 1:200 per il tifo, negativa per i paratifi A e B.

Emocultura in brodo glucosato: positiva per il solo bacillo di Eberth.

Sistema nervoso. — Stato soporoso.

Per quanto si può rilevare, data la gravità dell'infermo, non si hanno alterazioni notevoli della motilità, della sensibilità, dei riflessi.

Diario di degenza. — L'infermo entra nell'Istituto il 28-12-1928 in dodicesima giornata di malattia.

La sindrome emorragica iniziata i giorni precedenti con epistassi e enterorragia, continua con emissioni ripetute di feci più o meno fortemente emorragiche.

Ha da 8 a 14 scariche al giorno.

Anche le feci che non contengono coaguli sanguigni e non sono rosse o scure, dànno una reazione intensamente positiva alla prova colla benzidina e col Mayer.

L'infermo emette anche urine fortemente ematiche.

Lo scarso espettorato muco purulento è intimamente misto a scarse quantità di sangue.

Tale sindrome continua malgrado la messa in opera di tutti i mezzi antiemorragici possibili (iniezioni di coaguleno, di siero, iniezioni endovenose di cloruro di calcio).

Le condizioni generali permangono gravissime: il sensorio è torpido, la cute e le mucose sono aride; non si notano manifestazioni emorragiche cutanee, nè gengivali.

La temperatura sempre altissima non si presenta sensibilmente modificata dalle enterorragie.

Il 12-XII viene ripetuto l'esame del sangue con i seguenti risultati: Globuli rossi 3.335.000; globuli bianchi 2.200; Hb 60; val. glob. 0,92.

In quel giorno compaiono piccole ulcerazioni coperte da escare, sul sacro e sulle natiche: esse non hanno tendenza a suppurare.

Il 13-XII l'infermo comincia a perdere le feci e le urine. All'abituale torpore succedono, a intervalli, brevi periodi di delirio.

In corrispondenza dei punti ove si praticano le ipodermoclisi compaiono piccole effusioni emorragiche. Non si notano altre manifestazioni cutanee.

Le enterorragie, invece, continuano con lo stesso ritmo e la stessa profusione.

Il 16-XII è ripetuto l'esame del sangue: Hb 48; val. glob. 0,96; globuli rossi 2.500.000; globuli bianchi 1900; piastrine 13.000.

Formula: neutrofili 26; basofili 0; eosinofili 0; linfociti 47: mononucleati 16; mielociti 10; cellule di Türk 1.

Il 18-XII il paziente appare un poco più sollevato: la notte riposa alquanto, il sensorio è più vigile.

La prova dinamica del midollo, praticata coll'iniezione di adrenalina, riesce negativa.

Il 20-XII le feci sono verdastre e le prove del sangue sono negative. Tuttavia la temperatura si mantiene alta e le condizioni gravi.

Tale arresto delle emorragie si protrae per due giorni ancora.

Il 23-XII l'infermo ha una profusa enterorragia cui segue breve stato di collasso.

La temperatura cade a 37. Siamo in 37ª giornata di malattia. Il giorno seguente si ripetono le scariche emorragiche.

Il 25-XII le feci sono di nuovo verdastre: la prova del Mayer è negativa.

Da allora le emorragie non sono più comparse: la temperatura oscilla tra 37,5 e 38.

Il 26-XII l'esame del sangue dà: Hb. 55; val. glob. 0,94; globuli rossi 2.970.000; globuli bianchi 4000; piastrine 75.000.

Il tempo di coagulazione è di 10 minuti primi.

Si manifestano intanto sempre più allarmanti i segni dell'indebolimento miocardico, il polso sale a 150, diviene aritmico.

Il paziente muore nelle prime ore del giorno 29-XII-1928.

L'esame anatomopatologico non potè disgraziatamente esser praticato per la recisa opposizione della famiglia.

Dal diario di degenza dell'infermo risulta, dunque, che egli presentò, per oltre un mese, quotidianamente, ripetute ed abbondanti enterorragie: che le urine furono sempre ematiche, l'espettorato spesso sanguigno.

Nessun mezzo terapeutico valse a frenare tali manifestazioni emorragiche sino a tre giorni prima dell'obitus.

È appunto la imponenza e l'ostinatezza delle emorragie a carico sopratutto della mucosa intestinale, ma anche della vescicale e della bronchiale, che hanno dato alla malattia una particolare gravità e al caso clinico un notevole interesse.

Il tifo emorragico era già noto agli antichi, che lo avevano battezzato: « febbre putrida emorragica ».

Oggi noi sappiamo che la sindrome emorragica può costituirsi sin dal principio, come nel nostro caso, ma generalmente compare nel II settenario: che essa ha un infausto significato prognostico, ma che la morte, a volte rapida, talora rapidissima (come nel caso di Schill in cui il malato soccombette in pochi giorni in seguito ad una mielite trasversa emorragica acutissima), può avvenire anche dopo qualche settimana (come in un caso di Griessinger e nel nostro).

La sindrome emorragica può avere estrinsecazioni diverse: vi sono forme in cui il sangue si espande sotto la pelle in larghe placche echimotiche, sparse senza ordine.

Altre volte l'emorragia si localizza su di un dato organo e si ha il tifo con ematuria, quello con epistassi ripetute, con soffusioni emorragiche intestinali, sottopleuriche; altre volte ancora sono colpite le mucose respiratorie, la faringea, la nasale. Si possono avere soffusioni cerebrali e mieliti emorragiche.

Nelle interpretazioni di questi fenomeni emorragici gli esami del sangue, sistematicamente ripetuti, possono essere, e lo sono stati nel nostro caso, di prezioso aiuto.

Infatti essi ci hanno costantemente dimostrato nel nostro paziente una anemia abbastanza grave di tipo secondario, una leucopenia con qualche oscillazione e, quel che più importa, una grave trombopenia.

Per intendere il valore dell'eccezione rappresentata da questi dati, riassumo brevemente le modificazioni che il tifo addominale arreca di solito nella crasi sanguigna.

Il comportamento dei globuli rossi è caratterizzato da un'anemia generalmente di modico grado, dovuta a molteplici fattori: la durata della febbre, l'azione delle tossine batteriche e forse anche la dieta.

Si nota, poi, una leucopenia che può raggiungere i gradi più elevati: 4.000-2.000 persino 1.000 globuli bianchi: infezioni secondarie possono dare, invece, una leucocitosi, purchè, tuttavia, la capacità di reazione del midollo non sia stata troppo danneggiata dalle tossine del tifo, come vedremo.

La formula leucocitaria è caratterizzata dall'assenza degli eosinofili, dall'aumento prima e dalla caduta poi dei neutrofili, dalla caduta prima e dall'aumento poi dei linfociti. Quasi mai compaiono in circolo forme immature.

Per quanto riguarda il numero delle piastrine, i numerosi autori che si sono occupati dell'argomento (Halla, Hayem, Determann, Giudiceandrea, Ghiron ecc. ecc.) sono concordi nell'ammettere che esso subisce una notevole diminuzione nel II settenario, per tornare a crescere, quando s'inizia la defervescenza sino a raggiungere i valori normali ed anche superarli.

Nel nostro caso il numero dei globuli rossi da un valore iniziale di 3.600.000 passava a valori via via inferiori, scendendo sino a 2.500.000 per risalire, nell'ultima conta, a 2.970.000.

I globuli bianchi scendevano di pari passo da una leucopenia di medio grado (4.000) ad una intensissima (1.900) per risalire anche essi a 4.000.

In quanto alle piastrine, la loro conta fu praticata 3 volte sempre sullo striscio col metodo di Fonio: la prima volta si ebbe un valore di 55.000, la seconda volta la loro presenza era scarsissima e se ne contarono 13.000, la terza volta, in coincidenza con l'aumento e dei globuli rossi e dei bianchi, anche i trombociti risalivano a 75.000.

Complessivamente, insomma, noi avevamo il quadro di un grave danno dell'attività emopoietica del midollo.

Mettendo in rapporto tali dati con l'andamento delle emorragie, possiamo affermare che i valori ematologici più bassi hanno perdurato in tutto il periodo delle enterorragie e gli ultimi, più alti, hanno coinciso con la scomparsa di queste.

Non c'è alcun dubbio che tra il comportamento delle emorragie e quello degli elementi del sangue abbia corso uno stretto rapporto: e l'influenza della trombopenia sulla genesi della diatesi emorragica è troppo nota per soffermarvisi ancora.

*
* *

Vediamo, ora, come sia stato interpretato questo indebolimento nel tifo addominale della funzione midollare, che raggiunse, nel caso nostro, proporzioni così accentuate.

Lo scarso numero di emazie, la leucopenia

spiccata, la trombopenia e la conseguente tendenza a irrefrenabili emorragie potevano indurre, in un primo tempo, al sospetto che si fosse trattato di quella particolare malattia del midollo che va col nome di Aleucia e che spesso si associa alle infezioni settiche.

Esiste infatti qualche rapporto tra aleucia e malattie setticemiche. Türk e Helly descrissero per i primi un caso di sepsi con grave danno dell'apparecchio granulocitico e indicarono l'infezione come causa stessa di tale danno. È noto come ora, invece, si ritenga che l'infiammazione necrotizzante, spesso associata a batteriemia e a infezione generale grave, sia non la causa, ma la conseguenza dello stato « aleucocitario » midollare, sia cioè, una « sepsis ex neutropenia ».

Il quadro clinico dell'aleucia è caratterizzato dal pallore, dall'astenia, dalla facilità alle emorragie che possono localizzarsi in una data mucosa (gengive, naso, intestino, ecc.). Al processo locale si aggiunge poi l'infezione generale con febbre elevata, brividi, prostrazione, intossicazione generale e debolezza del circolo.

Se l'infiammazione necrotica della cavità boccale rappresenta spesso il sintomo dominante, tuttavia anche altre mucose più nascoste possono essere colpite: così si hanno sovente scariche intestinali frequenti associate a tenesmo e contenenti muco sanguigno; l'urina è torbida, malodorante, contiene non solo globuli rossi, ma batteri, epiteli ecc. ecc.

In questi casi l'autopsia scopre un processo necrotico a carico della mucosa colpita: anzi il processo è di preferenza localizzato sugli apparati linfatici dell'ileoceco: tumefazioni, necrosi, ulcerazione delle placche di Peyer.

Assai istruttivo mi sembra il caso di Herzog e Roscher riferito da Schittenhelm; questi AA. in un caso da esso clinicamente diagnosticato « Aleucia emorragica » e in cui l'emocultura era stata negativa, trovando all'autopsia le placche del Peyer tumefatte e ulcerate, si fecero trarre in inganno, e formularono la diagnosi di tifo.

In questo complesso di diatesi emorragica e di infezione quel che colpisce è la povertà del sangue veramente impressionante, anche se si tenga conto delle perdite di sangue e dell'azione anemizzante dell'infezione.

Il quadro ematologico dà:

1) forte diminuzione di globuli rossi;

2) forte diminuzione dei globuli bianchi con neutropenia assoluta e linfocitosi relativa;

3) trombopenia quasi costante.

Era tuttavia facile escludere, con un esame accurato, nel nostro caso, l'ipotesi di una Aleucia.

Anzitutto essa non è considerata più, come volevano Hirschfeld e Pappenheim, l'espressione di una intossicazione midollare, ma come una forma morbosa a sè.

Inoltre la positività dell'emocultura e della sierodiagnosi escludevano ugualmente che si potesse trattare nel nostro infermo di una di quelle sepsi ex neutropenia che trovano nel danno del midollo una condizione favorevole al loro sviluppo.

Infine la presenza di forme immature in circolo, l'accenno finale ad una restaurazione della funzionalità del midollo, la tumefazione della milza ci facevano escludere la possibilità di un'aleucia emorragica.

E ciò in accordo alle vedute del Frank e dello Schittenhelm per cui l'aleucia non è uno speciale modo di decorrere delle infezioni settiche, ma una malattia a sè.

Ma esiste anche secondo questi autori una aleucia splenopatica in cui, sotto l'influenza della milza, il midollo sembra alterare profondamente la sua funzione granulocitopoietica: sembra quasi, per citare le parole di Schittenhelm, che le cellule-stipiti, rinunziando alla complicata trasformazione in elementi a protoplasma granuloso, preferiscano la più semplice evoluzione in monociti, in macrofagi.

Anche i megacariociti sono danneggiati, sia che non assumano i granuli azzurrofili, sia che li assumano, ma poi manchi la loro segmentazione.

Le moderne conoscenze del sistema reticoloendoteliale permetterebbero di comprendere agevolmente la natura di questi rapporti tra milza e midollo, la prima avendo una tendenza « macrofagica », il secondo una « mieloplastica » e l'una e l'altro contemperandosi reciprocamente in un armonioso equilibrio.

Ora, tale normale attività splenica può essere esaltata in occasioni diverse: e a noi interessa particolarmente il *typhus gravissimus*, in cui, all'influenza del grosso tumore macrofagico di milza, si associa l'azione della intossicazione stessa che contribuisce in parte a soffocare l'attività mieloplastica del midollo.

L'Aleucia o Ipoleucia splenopatica che può comparire nel tifo grave sarebbe dunque solo l'esagerazione di una normale funzione della milza.

Nel tifo, infatti, la milza è tumefatta e tale tumore è da attribuirsi in gran parte, secondo Schittenhelm e Frank, allo sviluppo di abbondanti elementi eritrofagi, leucofagi e trombofagi. Tale esagerazione di attività macrofa-

gica invade anche le glandole linfatiche, poichè in esse i linfociti sono sostituiti da un tessuto linfofagico, derivante dal sistema reticolo-endoteliale.

Le correlazioni umorali che legano intimamente le varie sezioni di questo sistema ci spiegano l'influenza inibitrice che viene a riflettersi sul midollo, e precisamente sulla sua funzione granulocitopoietica.

In questa forma la leuco- e neutropenia è molto accentuata, non si modifica anche se compaiono infezioni secondarie e può infine scendere a valori bassissimi (1.500-1.000). Si associa una ipotrombocitosi che può rasentare i confini critici e anche superarli in modo che si possono poi provocare facili emorragie. Con la trombopenia si spiega la tendenza alle emorragie della cute, delle mucose; secondo le ricerche di Herz, Kaznelson e Stahl, citati da Schittenhelm, si possono trovare tutti i gradi di passaggio a quelle forme gravissime, che Curshmann ha chiamato tifo emorragico e Schittenhelm Aleucia splenica tifosa.

I casi di Curschmann non furono illustrati dal punto di vista ematologico; Türk nel 1898 pubblicò un caso con neutropenia accentuata e quasi scomparsa delle piastrine.

Del resto i processi necrotici, sia pure in forma più mite, si trovano anche nel tifo comune, anzi gli sono propri: e l'assenza d'infiltrazioni leucocitarie, la necrosi senza suppurazione delle placche di Peyer si spiegano agevolmente con la deficiente reazione leucocitaria del midollo.

Una analoga teoria è stata sostenuta dal Frank, secondo il quale l'inibizione dell'attività del midollo delle ossa non è provocata direttamente dal bacillo del tifo, ma lo è dalla milza particolarmente mutata per l'insediamento dei germi e dalla neoformazione splenoide negli organi linfatici dell'addome.

Sotto l'influenza del bacillo del tifo si sviluppa infatti una iperplasia della milza e delle glandole linfatiche, costituendo un organo funzionalmente unico e dotato di particolari proprietà di secrezione interna che si possono considerare come leucotossine sul tipo del benzolo.

Il tumore di milza nel tifo acquisterebbe così un valore speciale, essendo, per citare la frase di Frank, « sedes et causa morbi ».

Nella sua forma classica il tifo sarebbe dunque una ipoleuchia splenica. Quando la neutropenia si fa estrema e mancano le piastrine, allora esso evolve come una sepsi con forte tendenza alle emorragie: il tifo gravissimo è una aleucia emorragica.

Il Frank divide, perciò, completamente le vedute di Schittenhelm sui rapporti tra aleucia e sepsi. Ma, egli osserva, il tifo si distingue dalle altre aleucie, perchè in esso il germe a cui si devono i processi necrotici e la sepsi si prepara da sè un terreno favorevole, eccitando la iperplasia leuco-mielotossica della milza e delle glandole; « è un giuoco più raffinato, dice l'A., per cui il nemico, in sè forse meno pericoloso, utilizza la correlazione splenomidollare per dominare meglio l'organismo ».

Ma la teoria della inibizione splenica del midollo ha anche numerosi e autorevoli avversari.

Senza parlare delle ormai superate teorie che volevano spiegare la leucopenia del tifo come l'espressione o di un'azione chemiotattica negativa esercitata dalla tossina tifosa (Bohland) o di una irregolare ripartizione dei globuli bianchi (Schulz), ricorderemo che Schottmüller, Naegeli, Lenhartz, Ickert si sono apertamente dichiarati contrari a questa interpretazione della leucopenia tifosa.

Naegeli, basandosi sul reperto anatomopatologico del midollo dei tifosi, che presenta una netta prevalenza dei mieloblasti con mancanza o scarsezza dei mielociti neutrofili ed eosinofili, inclina a dare grande importanza alla deficiente funzione del midollo delle ossa, gravemente danneggiato dalla tossina tifosa.

Egli nega l'effettivo valore del rapporto milza-midollo; come spiegare, altrimenti, le leucocitosi provocate dalle complicazioni, pur persistendo il tumore di milza?

Secondo lui, invece, il midollo osseo è direttamente intossicato dalla tossina bacillare, derivandone un danno della funzione granulocitopoietica: esperienze dello stesso Naegeli e dello Studer sembrano provare che la tossina tifosa è capace di dare neutropenia.

L'abbondanza dei mieloblasti nel midollo, reperto, oggi, universalmente accettato, sarebbe appunto l'indice di questo danno dell'attività midollare.

Questo ci spiega anche perchè la insorgenza di complicazioni non provochi qualche volta leucocitosi; in questi casi si pensi a una forte inibizione tossica della funzione del midollo, a uno « stato minaccioso » del midollo stesso: sono i casi in cui germi estremamente virulenti non producono più alcuna reazione ed il midollo delle ossa è insufficiente e incapace di continuare la lotta.

Lenhartz junior pensa che la teoria dell'insufficienza midollare nelle malattie settiche sia tutt'altro che provata.

Secondo questo A. nel tifo la leucopenia non

indica una insufficienza del midollo osseo, ma solo una inibizione da parte del bacillo del tifo, che sotto l'influenza di complicazioni può sospendersi, permettendo la leucocitosi.

Ammette, tuttavia, come ragionevole, l'opinione che una leucopenia accentuata e costante sia indice di un midollo che non reagisce più: ma, in tesi generale, la leucopenia è, come la leucocitosi, una particolare funzione biologica del midollo delle ossa — a causa ignota —: l'A. ammette così che la tossina possa provocare ora un eccitamento, ora una inibizione, pur non concedendo, però, che l'eccitamento sia l'influenza normale e l'inibizione l'influenza patologica, come vuole Müller.

Naegeli e Lenhartz si accordano poi nel dare un'interpretazione estremamente sfavorevole alla comparsa di mielociti in circolo, quando la leucopenia è costante e il processo dura invariato: giacchè essi vedono nelle forme immature la conferma che il danno del midollo è tanto grave da impedirgli di portare a maturazione i suoi scarsi elementi.

Ma sembra molto probabile che anche un altro fattore abbia la sua importanza nella determinazione di questa sindrome emorragica.

La funzionalità epatica è certamente danneggiata nel tifo.

La degenerazione grassa del fegato nel tifo, è dimostrata sia alla periferia che al centro dei lobuli: è stata descritta in qualche caso un'epatite acuta diffusa (Sabourin), una degenerazione grassa massiva (Roger), un dislocamento delle travate epatiche con degenerazione grassa disseminata (Abrami e Gautier).

Ora noi sappiamo che esiste una forma di diatesi emorragica che accompagna le alterazioni profonde del parenchima epatico; in questi malati le perdite di sangue sono molto facili, abbondanti e si frenano a stento.

La prova della coagulazione suole dare negli epatici valore di tempo generalmente superiori alla norma; ciò è stato messo in rilievo da Schittenhelm, sopratutto nelle ipoleuchie splenoepatiche (cirrosi splenomegaliche).

Non c'è, oggi, più alcun dubbio che degenerazioni acute e croniche del fegato possono determinare un notevole ritardo della coagulazione del sangue.

Tale ritardo va attribuito non ad una mancanza di fibrinogeno, nè al passaggio in circolo di sostanze anticoagulanti, ma alla mancanza o alla lassezza (fragilità) del trombo piastrinico o coagulo: non si tratta di una mancanza delle piastrine (trombopenia), ma della formazione del coagulo (atrombia di Schittenhelm).

Nel nostro caso, appunto, la prova della coagulazione praticata il giorno 1-12 durò 47'; praticata nuovamente il 26, nel favorevole riprendersi di tutti i poteri coagulativi durò solo 18'. Nel sangue lasciato sierare il coagulo non si retrasse affatto, dimostrando quanto alterata fosse la costituzione del trombo piastrinico. Ma c'è di più.

Accade talora, dice Schittenhelm, che alla atrombia si associ la trombopenia e questo è il caso, appunto, delle cirrosi epatiche con inibizione midollare splenica.

In tali forme le piastrine sono scarse di numero e, per così dire, di cattiva qualità: il valore critico, la soglia, è necessariamente più elevata e basta una trombopenia di 25-30.000 piastrine per produrre violente e ripetute emorragie delle mucose.

Ora il nostro infermo, al suo ingresso all'Istituto, presentava 55.000 piastrine ed enterorragie violente: le urine e l'espettorato erano ematici; qualche giorno prima aveva avuto epistassi.

Certamente, perciò, alla trombopenia si associava qualche altro fattore e cioè una alterazione della struttura del coagulo, attribuibile, io penso, alla lesione epatica.

Si aggiunga che Hayem ha notato la mancanza di fibrina nel sangue dei tifosi e tale reperto è stato confermato da Nägeli.

Sembra, così, di poter intravvedere che, se non sempre, almeno nei casi gravi, come lo fu il nostro, il fattore epatico abbia la sua importanza e contribuisca colla intossicazione midollare o con la inibizione splenica midollare a disturbare il processo della coagulazione del sangue e ad imprimere alla infezione tifoide il grave suggello della diatesi emorragica.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di tifoide con manifestazioni emorragiche imponenti ed ostinate, sovratutto a carico della mucosa intestinale e anche di quella vescicale e di quella bronchiale; morte in 5ª settimana; nella patogenesi l'A. fa intervenire il fattore epatico.

BIBLIOGRAFIA.

AFANASSIEW. *Ueber den dritten Formbestandteil des Blutes*. Deut. Archiv f. Kl. Med., 1884.

BAUER. Virchow's Archiv, Band 156.

CURSCHMANN. *Ueber eine Typhusepidemie mit initialem emorragischen Exanthem*. Münch. Med. Wochenschrift, 1910, n. 8.

DETERMANN. *Klinische Untersuchungen über Blutplättchen*. Deut. Archiv für Kl. Med., 1898.

FRANK. *Ueber die Pathogenese des Typhus abdominalis*. Ibid., 1916, n. 35-50.

GHIRON. *Le malattie del sangue.* Roma, 1927.
GIUDICEANDREA. *Ematologia della febbre tifoide.* Roma, 1903.
HIMMELHEBER. *Das Verhalten der Leukozyten formen beim Typhus abdominalis.* Med. Klin., 1908, n. 12.
ICKERT. *Ueber die Pathogenese des Typhus abdominalis.* Deut. Med. Wochen., 1916.
LANHARTZ (jun.). *Das Blutbild bei den septischen Erkrankungen.* Deut. Arch. f. Kl. Med., 1925.
MÜLLER. Virchow's Archiv, Band 246.
MÜLLER-REINER. *Wert der Blutuntersuchung für die Typhus diagnose.* Münch. Med. Woch., 1907.
NÄGELI. *Die Leukozyten beim Typhus abdominalis.* Deut. Arch. f. Klin. Med., 1900.
ID. *Blutkrankheiten und Blutbild.* Berlin, 1923.
SCHIFF. *Mielitis haemorragica acutissima transversa beim Typhus abdominalis.* Arch. f. Klin. Medizin, 1900, Band 67.
SCHITTENHELM. *Handbuch der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organen.* Berlin, 1925.
SHOTTMÜLLER. *Il Tifo.* Trattato di MOHR e STÄHLIN, 1927.
ID. *Zur Pathogenese des Typhus abdominalis.* Münch. Med. Wochenschr., 1902.
WIDAL-LEMIERRE-ABRAMI. *Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.* Nouveau Traité de Médicine, par ROGER-WIDAL-TEISSIER, 1921.

NOTE E CONTRIBUTI

Sulla frequente associazione di oto-mastoiditi e sinusiti della faccia nella recente epidemia influenzale.

Prof. GIORGIO FERRERI.

In ogni epidemia influenzale sono state sempre frequenti sia le forme acute a carico dell'orecchio medio, con facile diffusione del processo all'antro ed alle cellule mastoidee, sia le flogosi acute dei seni della faccia. Quest'ultime però sono meno comuni.

La recente epidemia influenzale a Roma nell'inverno testè decorso ha avuto anch'essa le facili sequele purulente a carico dell'orecchio e dei seni, ma con un particolare carattere: l'associazione cioè di flogosi purulente oto-mastoidee e di sinusiti della faccia nello stesso individuo.

Un tale fatto è davvero piuttosto raro, in quanto che scorrendo la letteratura medica, specialmente dalla guerra in poi, se si riscontrano, come abbiamo già detto, facili le complicazioni auricolari da influenza e se spesso quest'ultima appare quale fattore importante per la patogenesi di molte infiammazioni purulente acute dei seni della faccia, non ho trovato menzionata altra epidemia influenzale che, come quest'ultima, abbia così spesso nello stesso individuo determinato lo scoppio di fenomeni acuti auricolari e sinusali.

Le complicazioni auricolari dell'influenza debbono, secondo me, essere divise in forme *precoci* e forme *tardive*. Ad ognuna di esse corrisponde un diverso meccanismo patogenetico; ognuna di esse presenta un decorso clinico differente.

L'otite *precoce* è l'esordio della malattia; l'individuo viene colpito improvvisamente e quasi contemporaneamente dal dolore acuto all'orecchio e dai fatti febbrili. I prodromi a carico del naso-faringe sono per lo più brevi, ma fortemente intensi: tutta la mucosa del naso e del cavo è in preda a flogosi acuta, a tipo congestivo con scarsi fatti essudativi. Il malato avverte un senso di aridità notevole, accompagnata da bruciore intenso alle fosse nasali ed al cavo.

Rinoscopicamente la mucosa appare fortemente iperemica, congesta, arida, in istato di iperplasia flogistica.

Poche ore dopo compaiono i primi sintomi a carico dell'orecchio medio e dei seni della faccia. E sono fatti immediatamente assai intensi. Si tratta e nell'un caso e nell'altro di cavità tappezzate da mucosa, che bruscamente entrano in flogosi, con fenomeni acutissimi specialmente congestivi. È precisamente questa congestione emorragica che è caratteristica delle forme influenzali. Spesso si formano sulla membrana e sulle pareti del condotto numerose bolle o vescicole ripiene di sangue puro. In uno dei casi da me osservati ebbesi all'inizio congestione del seno mascellare di sinistra, con emissione dalla fossa nasale corrispondente dopo qualche ora di notevole quantità di sangue in parte rutilante ed in parte coagulato. Mentre la congestione sinusale era in pieno sviluppo, cominciarono i fatti a carico dell'orecchio medio bilateralmente, anche essi a tipo nettamente emorragico.

Per lo più nei miei malati i fatti auricolari, in queste forme precoci, hanno preceduto quelli sinusali. Come patogenesi è logico pensare che la flogosi colpisca contemporaneamente tutta la mucosa del naso nei suoi meati medio e inferiore e quella del cavo naso-faringeo. Compartecipa quindi immediatamente al processo la mucosa che riveste gli organi annessi: tuba di Eustachio ed ostii sinusali (infundibolo e *iatus semilunaris*).

Il manifestarsi quindi della complicazione auricolare e sinusale è da ritenersi dovuto ai germi stessi e più comuni delle forme influenzali (strepto, stafilococco, pneumococco); non si può ammettere un impianto di materiale settico proveniente dal naso nell'orecchio medio od in una cavità sinusale, non essendo ancora

trascorso il tempo necessario per la produzione di un materiale settico nelle fosse nasali o nel cavo. Infatti, ripeto, l'apparire dei fatti auricolari o sinusali è stato da me rilevato spesso come vero e proprio esordio della malattia.

I seni più colpiti sono stati quelli mascellari, poi quelli frontali. Non ho avuto nessun caso di antrite sfenoidale. Anche i seni etmoidali in genere non hanno partecipato alla flogosi purulenta.

Altro fatto caratteristico di questa ultima epidemia è stato la omolateralità dei fenomeni oto-mastoidei e sinusali. Non ricordo nei miei malati di aver notato un'otite destra con una sinusite sinistra: qualche volta ha coesistito una otite bilaterale con una sinusite o frontale o mascellare.

Le forme *tardive*, sia auricolari che sinusali, rientrano nel quadro comune delle flogosi dell'orecchio medio e dei seni della faccia. Esse sono cioè dovute all'impianto di germi trasportati dalle fosse nasali nella cassa del timpano od in una cavità sinusale a traverso la tuba di Eustachio o gli ostii infundibolari o semilunari: impianto dovuto per lo più a soffiate di naso troppo violente, a colpi di tosse, o ad incongrue applicazioni locali. Su queste ultime forme la recente epidemia influenzale non ha mostrato niente di particolare. E quindi le tralascio.

Il decorso nel 50 % dei casi è stato benigno; con applicazioni mediche caldo-umide all'esterno, instillazioni boroglicerinate e fenicate nel condotto uditivo ed instillazioni e polverizzazioni mentol-cocaino-adrenalinalizzate nel naso la malattia è stata vinta. Nell'altro 50 % dei casi invece l'atto operativo non solo si rese necessario, ma per la particolare violenza dell'infezione dovette essere sollecito e vasto nella demolizione di tessuto osseo malato.

Dato il carattere congestivo emorragico delle prime manifestazioni senza fusione purulenta e quindi senza tendenza all'ulcerazione ricorsi quasi sempre nelle prime 48 ore alla paracentesi. A questa seguiva immediatamente un flusso di sangue puro, che durava qualche ora: solamente dopo quasi 8 o 12 ore cominciavasi ad avvertire lo scolo di un materiale siero-sanguinolento da prima sieroso e purulento di poi ed in quantità straordinariamente grande.

La mastoide ha sempre nei miei casi compartecipato alla lesione dell'orecchio medio. Ricordo come fatto veramente particolare di questa epidemia la cellulite purulenta peri- e retro-sinusale, che ho sempre, in tutti i casi operati, trovato all'intervento chirurgico. Non solo ma posso affermare come in numerosi casi questa cellulite peri- e retro-sinusale sia stata, dopo il fatto acuto iniziale a carico dell'orecchio medio, la prima manifestazione di complicazione mastoidea, come essa si sia sempre mantenuta in tutto il decorso dell'affezione auricolare e come in fine alle volte all'atto operativo (meno i casi che ci hanno permesso di attendere più giorni) io abbia ritrovato un empiema antrale in comunicazione con la cassa, un tessuto di osso diploico flogosato nel corpo della mastoide senza fusione purulenta in nidi ascessuali, e lontano dal focolaio antrale e timpanico, completamente da questo separato per la suddetta zona d'osso, una serie di grosse cellule peri- e retrosinusali, estendentisi fino all'occipite, in preda a fusione purulenta: vere e proprie raccolte saccate di pus.

Le sinusiti mascellari sono tutte guarite operandole alla Krause per via trans-nasale. Quelle frontali hanno avuto invece per lo più un decorso benigno, risolvendosi spontaneamente specialmente con bagni di luce alla testa, dopo avere adrenalizzato la regione del meato medio.

Non sono mancate però le complicazioni orbitarie da sinusiti frontali, che hanno richiesto un vasto atto operativo per liberare il contenuto orbitario dalla flogosi immanente.

SOMMARIO.

Nella recente epidemia d'influenza furono frequenti oto-mastoiditi e sinusiti associate nello stesso individuo; i seni più colpiti furono quelli mascellari, poi quelli frontali.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Rianimazione del cuore mediante iniezione intracardiaca di adrenalina.

Dott. LUIGI TANZII - TERAMO.

Riferisco il seguente caso seguìto da successo.

Di Simne G., di anni 12, da Sant'Omero (Teramo). Entra nel locale Ospedale Civile il 20 agosto 1928 per essere operato di ernia inguinale congenita destra.

Atto operativo: 21 agosto 1928: eteronarcosi fin dal principio irregolare. Ad un tratto, mentre l'operazione sta per terminare, il paziente diventa cianotico con midriasi seguito da arresto del cuore e del respiro.

S'inizia subito la respirazione artificiale e si procede alla iniezione intracardiaca di adrenalina (4° spazio intercostale sinistro rasente il margine sternale). La respirazione artificiale viene continuata. Dopo circa 5 minuti il cuore ricomincia a pulsare e dopo altri sette, otto minuti si ha anche il ripristino della funzione respiratoria. Si conduce rapidamente a termine l'operazione.

Decorso post-anestesico e post-operatorio normali. Viene dimesso guarito il 12 settembre.

Il chirurgo Latzko nel 1904 pare abbia avuto per primo l'idea di applicare il metodo dell'iniezione intracardiaca all'uomo.

Wunter nel 1905 sperimentò per primo l'azione dell'adrenalina iniettando questa nel cuore di un cane sottoposto a narcosi cloroformica, riuscendo ad ottenere la rianimazione definitiva. Fu Crile però che, in un caso di sincope, dopo 15 minuti dall'arresto del cuore, si decise a iniettare 10 cmc. di adrenalina direttamente nel ventricolo sinistro. Il paziente sopravvisse per più di un'ora.

Il primo successo definitivo fu pubblicato da Zunt nel 1919 in seguito a sincope tossica, alla fine di un'anestesia con miscela di Schleich. Dopo questa data le osservazioni si sono moltiplicate in tutti i paesi. È stata scelta l'adrenalina perchè dagli studi e dagli esperimenti si è visto che aveva tutti i requisiti necessari per il successo.

Il processo che risponde meglio nella pratica è di pungere nel 4° spazio intercostale sinistro, rasente il margine sternale. Si infigge l'ago perpendicolarmente per 4-6 cm. e si inietta lentamente, per evitare un effetto troppo brusco. La respirazione artificiale nel frattempo dovrà essere continuata. Il cuore in generale riprende a pulsare dopo 5-6 secondi, la respirazione invece ritorna dopo circa 5 minuti.

Riguardo alla dose da iniettare, generalmente non si deve sorpassare la dose di 2 cmc. Perchè dall'iniezione si abbia il successo, non devono trascorrere più di 10 minuti dall'inizio della sincope. L'iniezione è innocua, non essendosi rintracciata, in qualche reperto di autopsia, neppure traccia del tragitto seguìto dalla puntura.

È un metodo di cui bisogna senz'altro servirsi potendo, anche nei casi più disperati, dare risultati meravigliosi di reviviscenza del cuore. Ho inteso con questa breve nota di apportare il mio modesto contributo alla pratica della iniezione intracardiaca di adrenalina.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un caso di sincope, in seguito ad anestesia con etere, trattato con successo con l'iniezione intracardiaca di adrenalina. Passa poi a fare una cronistoria dell'iniezione intracardiaca, citando i primi autori che si occuparono dell'argomento. Parla della tecnica comunemente oggi adoperata e raccomanda la diffusione della pratica della iniezione.

Sant'Omero (Teramo).

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sulla cura « incruenta » dell'ipertrofia della prostata.

È comparsa una densa memoria che assume quasi le proporzioni di una vera e propria monografia, presentata dall'americano Stern in collaborazione del ben noto chirurgo tedesco E. Joseph, alla Società Berlinese di Urologia (1). Gli AA. fanno la storia della cosidetta *cura conservativa o incruenta* dell'adenoma prostatico.

A buon diritto cominciano col ricordare come sia stato il nostro illustre Bottini a proporre per mezzo della sua ansa galvanica un metodo per rimuovere l'iscuria e la ritenzione dei prostatici, già prima che dal Freyer fosse proposta e eseguita la sua operazione radicale, ma pur tanto grave, e che in breve conquistò la diffusione a tutti nota.

Ciò non ostante il metodo per via uretrale preconizzato da Bottini percorse la sua strada, sopratutto, *nemo propheta* in patria, in Germania dove ebbe molti seguaci, specie da quando Goldschmidt, Freudenberg, Schlenzka, Kropeit, Lohnstein e Wossidlo, associarono l'ansa galvanica

(1) MAXIMILIAN V. STERN. *Resektion bei Prostatahypertrophie mittels Resektoskop.* Berliner Urologische Gesellschaft, sitzung vom 2 januar 1928. Referat in Zeitsch. f. Urologie, Band. 21, Heft. 5, 1928, seiten 362-372.

non più a uno strumento cieco, ma innestandola alla camicia di un cistoscopio operatore. Ancora, ebbero a occuparsene, proponendo miglioramenti e modifiche, Young di Baltimora, Caulk e Louis. Quest'ultimo, del così detto « forage » si è fatto da lunghi anni strenuo propugnatore e dedica a questo metodo operativo un intero capitolo del suo recente trattato sulle Malattie della Prostata (2). Anche Voelcher nel suo trattato di Operazioni Urologiche (3) dedica un capitolo alla operazione di Bottini, assegnandole il posto che merita.

Sebbene con un comune cisto-uretroscopio operatore tipo Leo-Buerger o Bransford-Lewis si possa, per nostra personale esperienza, ormai arricchita di numerosi interventi, condurre assai bene a termine la demolizione *per urethram*, dei lobi prostatici sporgenti, tuttavia l'istrumento ideato dallo Stern presenta degli innegabili vantaggi in confronto dello strumentario americano di cui prima abbiamo fatto cenno e che dai più viene comunemente usato.

Mentre i soliti istrumenti operatori fanno impiegare un tempo necessariamente lungo, e hanno come caratteristica che l'elettrode sporgendo fuori dell'istrumento si adopera a tunnellizzare l'uretra deformata, nel cisto-uretroscopio di V. Stern invece, una discreta porzione del lobo ipertrofico che si vuole demolire viene a adattarsi dentro una capace finestra, di mezzo centimetro di larghezza per due centimetri di lunghezza, sulla apertura della quale scorre a mo' di ghigliottina un'ansa collegata a un apparecchio di alta frequenza che rapidamente, in non più di cinque secondi, permette di amputarlo.

In questo modo, la demolizione di porzioni di prostata, che vengono asportate sotto forma di fette di discreto spessore, possono moltiplicarsi. Un primo contributo portato con ben sessanta casi operati, senza grandi preoccupazioni di scelta, così come si presentavano i pazienti, ha permesso di fare delle osservazioni importanti sulla convenienza di limitare alle prostate con carattere di fibro sclerosi, piuttosto che a quelle adenomatose, la pratica di questo intervento endoscopico.

Quanto ai risultati essi furono incoraggianti; in fondo, come si è veduto, la pratica di distruggere endoscopicamente con mezzi fisici porzioni di prostata, non è nuova, si tratta di un ulteriore perfezionamento che consente una maggior rapidità nel demolirne importanti porzioni. Là dove sarebbero indispensabili più sedute o applicazioni necessariamente lunghe con altro strumentario, con l'istrumento operatore di Stern è sicuramente possibile condurre l'intervento a buon fine in una sola seduta e in un tempo minore, grazie all'ampiezza delle sezioni che si ottengono con l'ansa elettrica.

Disegni eseguiti prima e dopo le singole operazioni, permettono di considerare l'importanza dei risultati conseguiti in tutta la loro interezza, come risultano dall'esame cistoscopico. Nè minori per efficacia furono gli esiti funzionali di tale trattamento.

E. Joseph, intervenendo nella discussione, asserisce che in alcuni malati del suo reparto operati col metodo Stern, ha visto diminuire il residuo urinario da 600 cmc. a 50 cmc. e anche meno. In verità, questi fatti non possono non impressionare. Nel cinquanta per cento dei casi, la sintomatologia dolorosa quale esito dell'intervento scompare nel termine di una settimana, per gli altri suole protrarsi di poco oltre.

Deve quindi ritenersi acquisito ormai, che numerosi casi, per il passato di esclusivo dominio dell'alta chirurgia, possono attualmente essere curati con un intervento altrettanto semplice quanto efficace. Da una parte dobbiamo classificare come giustiziabili con questa cura tutte quelle alterazioni iniziali e limitate del collo vescicale o della prostata (barre, adenomi del lobo medio con formazioni a ventaglio o a culo di pollo), o anche veri e propri adenomi della intera prostata, ma che non siano tanto sviluppati da costringere a demolizioni così importanti da equivalere all'enucleazione a cielo aperto; d'altra parte, ci sembra di dovere aggiungere, debbono anche trovare un'indicazione efficace tutti quei casi, nei quali i pazienti sono ormai talmente ridotti a mal partito (pressione oltre i 240 o peggio, inferiore ai 90, stato generale pessimo, azotemia oltre 1,20 gr. per mille, grave sepsi locale ecc.) da farci presagire degli insuccessi con l'operazione di Freyer.

Non diversamente da questa importante memoria, erano già state fissate per esteso da noi (4) le indicazioni rigorose e le modalità tecniche che devono guidare nel prescegliere questo genere di operazioni. Per la benignità e per i risultati, quali da tempo abbiamo potuto ormai constatare, sebbene la tecnica nostra come quella di altri autori (5) sia alquanto diversa, sollevano grande-

---

(2) LOUIS et PAUCHET. *Maladies de la Prostate.* Doin édit., Paris 1926, pagg. 433-504.

(3) VOELCHER und WOSSIDLO. *Urologische Operationslehere.* Thieme verlag. Leipzig 1925, seiten 203-209.

(4) A. CASSUTO. Journal d'Urologie, t. 22, n. 4, 1926, pagg. 263-272.

(5) CLYDE W. COLLINGS. *Prosthata excision.* The Journal of Americ. Med. Assoc., v. 90, n. 6, 1928, pagg. 438-441.

mente e in breve, senza troppe sofferenze, dei malati addirittura perduti o altri che per la non eccessiva spinta del male dovrebbero sottoporsi altrimenti a operazioni cruente delle quali la tecnica difficilmente potrà essere ancora più perfezionata e di cui tutti conosciamo la gravità.

Prof. AUGUSTO CASSUTO.

Roma, 24 ottobre 1928 - A. VI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA OSSEO.

Sulla osteite tubercolare multipla cistica

(JÜNGLING. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, Bd. 143, H. 3, 1928).

Fin dal 1920 ha pubblicato i primi casi osservati nella Clinica di Tubinga seguìti da varie altre osservazioni che hanno servito a richiamare l'attenzione su forme di tubercolosi cutanea, la così detta tubercoloide, vista dai dermatologi e accompagnata da alterazioni ossee.

La prima osservazione dell'A. data dal 1911 in un giovane di 16 anni, con madre tubercolosa, il quale aveva qualche alterazione agli apici e che cominciò a presentare, accompagnate da dolori diffusi, delle tumefazioni alle dita delle mani e dei piedi. Nello stesso tempo si osservò una dilatazione delle vene dorsali e si formò in ogni dito una tumefazione come una ciliegia ove istologicamente si trovarono cellule epitelioidi con cellule rotonde senza cellule giganti nè bacilli tubercolari.

Radiologicamente nelle falangi e nella metafisi distale dei metacarpi si notarono concamerazioni alveolari da una lenticchia ad una fava, senza risentimento periostale. In seguito le tumefazioni si diffusero alle articolazioni.

Altri casi sono stati osservati nel 1918 con reperto di tubercoli tipici, con cellule giganti e con focolai tubercolari in altre parti del corpo. Complessivamente sono 9 casi.

Questa forma speciale di osteite tubercolare è spesso legata a due malattie cutanee: il lupus pernio e il sarcoide di Boeck.

Martenstein su 150 casi di sarcoidi della letteratura ha trovato 11 con complicazioni ossee delle dita. La coincidenza del lupus pernio con lesioni delle ossa è più frequente e cioè in circa la metà.

Della forma in parola si possono avere casi con lesioni ossee con nodi, senza manifestazioni cutanee: e in qualcuno si può sentire la crepitazione pergamenacea della lamina ossea senza alterazioni della cute, ciò che significa come queste possono essere secondarie. Alle volte fra l'inizio dei dolori ossei, il gonfiore e le manifestazioni cutanee intercedono fino a 5 anni. Qualche caso è accompagnato dalla presenza di un igroma.

La sede della lesione ossea è per lo più la falange o la falangina delle dita, meno frequentemente i metacarpi e la falangetta. Ancora più raramente è la radice delle ossa del naso; qualche volta è la tibia, la linea epifisaria del femore o dell'omero. La localizzazione alle mani è più frequente che non ai piedi.

La malattia colpisce nello stesso numero uomini e donne.

In qualche caso la malattia inizia nella giovinezza dove si può trovare la tipica spina ventosa. Per lo più la pubertà rappresenta un periodo di disposizione.

L'inizio delle sofferenze è variabile: alcuni senza dolore vedono comparire degli ispessimenti alle dita; per lo più si ha la comparsa di un gonfiore con fenomeni infiammatori, con arrossamento della cute e con dolori reumatoidi. Poi il gonfiore infiammatorio scompare e rimane una durezza. È rara la febbre. La pelle può assumere per la dilatazione vasale un colorito rosso-bleu, poi viene ulcerata da masse di granulazioni che formano delle efflorescenze cutanee. La cianosi cutanea si trova anche lontano dal punto delle efflorescenze formando un quadro di acroasfissia cronica. Non mancano le alterazioni trofiche legate ai disturbi circolatori e qualche volta si ha l'onicogrifosi e la mutilazione.

Le sofferenze subiettive possono mancare o aversi delle pause di dolore. Si possono avere contratture. La lesione più caratteristica è quella delle ossa dataci dalla radiografia. Il carattere generale è la rarefazione della sostanza ossea che può colpire diverse ossa e può essere diffusa o circoscritta. Nella forma diffusa le ossa hanno un aspetto alveolare e non vi è distinzione fra compatta e canale midollare; la struttura spongiosa si può trovare solo in qualche epifisi. Nella forma circoscritta si nota nell'epifisi una zona rotonda chiara mentre nella base della falange la compatta è più massiva del normale. La forma diffusa è uno stadio primitivo, la seconda rappresenta una forma di guarigione.

Vi è ancora un terzo tipo in cui le piccole rarefazioni sono diffuse a graticciata. Nell'osso manca qualunque reazione periostale; è rara l'invasione del processo nelle articolazioni ove possono riscontrarsi formazioni artritiche più o meno evidenti; non si ha mai formazione di sequestri.

Anatomicamente si nota un tessuto di granulazione formato da cellule epitelioidi e fibroblasti con scarsi linfociti.

Le cellule di Langhans mancano nella maggior parte dei casi, in altri casi sono state trovate e qualche volta in numero abbondante. Finora non sono stati dimostrati bacilli della tubercolosi.

Per l'identificazione mentre alcuni raggruppavano questa forma con la tubercolosi

(Fleischner, Fränkel, ecc.) altri la distinguevano riguardandola come un granuloma infettivo da germe ignoto (Zieler). Parlavano contro la tubercolosi l'aver riscontrato per lo più negativa la reazione alla tubercolina come si è osservato nei casi di lupus pernio e di sarcoide; la mancanza dei bacilli tubercolari nelle sezioni; il mancato sviluppo di tubercolosi nelle cavie innestate con frammenti. Alcuni autori ammettevano l'ipotesi che una tossina piuttosto che il bacillo desse luogo al tubercolo, oppure che il tubercolo fosse il prodotto del bacillo morto. Ma questa teoria ha in questi ultimi tempi perduto importanza per la produzione di tubercolosi nella cavia per opera dell'A. e di Gans con l'innesto di frammenti di granulazioni. Kyrle ha avuto risultato positivo dalla iniezione nella cavia di sangue mentre era risultata negativa l'iniezione di tessuto. Così che la natura tubercolare del lupus pernio, del sarcoide e di questa forma speciale si può dire oramai dimostrata. Il fatto che lo sviluppo sperimentale si ebbe in un caso dopo 7 mesi parla per una virulenza molto attenuata.

In conclusione si può dire che per certe condizioni a noi sconosciute un organismo reagisce al virus tubercolare in una forma speciale di cui la caratteristica principale è la negatività alla reazione tubercolinica, la formazione di noduli tubercoloidi formati di cellule epitelioidi e fibroblasti, rari linfociti, con o senza cellule giganti, senza alcuna caseificazione. Questa forma si manifesta coi segni cutanei del così detto lupus pernio e sarcoide di Boeck.

Questa forma detta osteite tubercolosa multipla cistoide si può differenziare dalla spina ventosa per la caseificazione, la formazione di fistole e di sequestri; dall'osteite fibrosa che è per lo più generalizzata, dalla lues, dalla lepra, dall'encondroma multiplo.

Il decorso è cronico e la malattia tende a guarire e può aversi la *restitutio ad integrum*.

Come trattamento sono stati usati i raggi X con buoni risultati sulle lesioni cutanee ma non su quelle ossee ed anche il radio.

R. BRANCATI.

L'osteomielite vertebrale.

(LEIBOVICI. *Journ. d. Chir.*, t. 32, n. 6, 1928).

L'A. tratta delle spondiliti infettive non specifiche esclusa la tifica. L'osteomielite vertebrale non è poi così rara come si crede. Preferisce l'infanzia e l'adolescenza ma colpisce anche l'adulto tra i 25 e i 30 anni, epoca in cui esistono ancora nelle vertebre molti punti di ossificazione secondaria. Il germe causale è quasi sempre lo stafilococco aureo, più raramente il bianco, eccezionalmente lo streptococco. L'infezione del rachide è molto spesso secondaria e avviene per via ematogena: talora però appare come primitiva.

Il trauma può agire da localizzatore. La sede più frequente è la lombare (53 % dei casi secondo Grisel); quindi in ordine di frequenza vengono la dorsale, la cervicale, la sacrale. Nella vertebra il focolaio può aver sede nell'arco posteriore o nel corpo: la prima localizzazione è più frequente e meno grave.

L'esito più frequente è l'ascesso, il quale può restare localizzato o migrare a distanza.

Anatomia patologica. L'infezione del corpo vertebrale può presentarsi sotto la forma di *periostite flemmonosa* o di *osteite centrale.*

L'arco posteriore raramente è interessato in toto: spesso è attaccata una sola lamina, dando luogo alle due varietà di ascesso *extra*, o *intrarachideo* a seconda che è interessata la lamina esterna o interna. La forma extrarachidea posteriore è la più frequente ed oltre che dall'arco può provenire anche dal corpo, il pus facendosi strada tra due apofisi trasverse. La forma intrarachidea non è rara (31 casi su 85 secondo Grisel) e si presenta in diversi modi: talora come epidurite suppurata molto estesa (da C_3 a D_3 in un caso di Morian), talora come tanti piccoli ascessi, talora come uno solo e grosso con segni di compressione midollare. In questi casi una puntura lombare intempestiva può provocare una meningite: è consigliabile dunque di spingere l'ago molto cautamente e ritirarlo rapidamente se dopo perforato il legamento giallo si vede venire del pus.

L'*aspetto clinico* varia notevolmente secondo la virulenza e la sede.

Si distinguono: una *forma acuta*, una *prolungata* e una *cronica.*

La *forma acuta* comprende quelle a *tipo setticemico*, di scarso interesse chirurgico, e quelle a *tipo suppurativo*, che sono le più importanti, il cui quadro clinico, dopo un inizio acuto con segni d'infezione generale, si precisa in 8ª-10ª giornata coi segni rachidei e con l'apparizione dell'ascesso paravertebrale posteriore. Difficile precisare la vertebra lesa; neanche la radiografia può dare utili insegnamenti essendo l'osteite troppo recente. L'evoluzione di questo tipo è notevolmente grave nelle osteomieliti del corpo; un po' meno in quelle dell'arco posteriore. Tuttavia un certo numero di casi guariscono dopo semplice incisione dell'ascesso. Le complicazioni sono: l'apertura dell'ascesso in un organo vicino, la meningite, le complicazioni midollari, la setticopiemia.

La *forma prolungata* è quella in cui la suppurazione si prolunga o recidiva, dopo un periodo più o meno lungo, in situ o in un'altra vertebra.

Un tal quadro è ancora più netto nella *forma cronica* la quale per l'assenza di accidenti infettivi acuti e per la presenza di ascessi torpidi può confondersi con altre spondiliti (tbc., reumatiche) oppure, per i segni radicolari e midollari, può far pensare a un'affezione cronica del midollo.

Fra i *mezzi diagnostici*, oltre la radiografia

e la puntura lombare fatta con le debite precauzioni, Goebell ha proposto la puntura esplorativa dei corpi vertebrali praticata come una puntura lombare infiggendo il trequarti nel corpo vertebrale dalla faccia posteriore e aspirando sangue o pus che viene esaminato. Manovra molto pericolosa perchè al disopra di L_2 si ferisce il midollo e in ogni caso si rischia d'infettare lo spazio sottoaracnoideo col pus del corpo vertebrale.

L'esplorazione al lipiodol invece è raccomandabilissima tanto per la diagnosi di compressione midollare che per la localizzazione di un ascesso extradurale. Per la *terapia* la vaccinoterapia con stok-vaccini ha dato qualche buon risultato e può sempre adoperarsi come coadiuvante del trattamento chirurgico. Questo va dalla semplice incisione di un ascesso, al raschiamento di un'osteite posteriore, alla laminectomia. Nell'osteite del corpo bisogna raggiungere ugualmente il focolaio. L'A. raccomanda la tecnica di Foutan che aggredisce il corpo lateralmente, lungo il tragitto della suppurazione, previa trasversectomia e, nella colonna dorsale, resezione della parte posteriore della costa.

G. PACETTO.

INFEZIONE TETANICA.

Ricerche sperimentali sul trattamento del tetano con l'avertina.

(KASPAR. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, Bd. 145, H. 2, pag. 313).

Per il trattamento del tetano accanto alla terapia specifica antitossica e a quella chirurgica nel punto di entrata si usano mezzi sintomatici che servano a combattere lo spasmo del diaframma, della glottide con morfina, idrato di cloralio, solfato di magnesia, curaro, acido fenico, narcosi cloroformica e di recente l'iniezione locale e lombare di novocaina.

L'idrato di cloralio ed il solfato di magnesio se possono influire sulle contratture periferiche non hanno alcuna influenza sugli spasmi della glottide e del diaframma. La cloronarcosi protratta oltre che irritare i bronchi rappresenta un pericolo per il cuore, il fegato. Il metodo Baccelli non è molto diffuso in Germania; esso ha lo svantaggio di rappresentare ad ogni iniezione uno stimolo e di produrre alterazioni del rene. La curarizzazione fino alla paralisi del centro respiratorio con respirazione artificiale mediante tracheotomia è un metodo che non può avere applicazione pratica.

Essendo entrato nell'uso il nuovo metodo di narcosi rettale con l'avertina si è cercato di vedere se si può utilizzare tale mezzo nel combattere le contrazioni tetaniche.

L'A. ha sperimentato dapprima l'azione dell'avertina in ratti iniettando nel retto tale sostanza in dose di 1 gr. per chilogrammo di animale.

Gli animali dopo pochi minuti entravano in narcosi che durava 2 ore e mezza. In qualche animale ha ripetuto la narcosi per 41 ore con 5 ore di interruzione. In questi animali non si avevano alterazioni notevoli nel retto.

Per saggiare l'azione dell'avertina sul tetano in una serie di ratti ha iniettato una dose mortale di tossina. Dopo l'inizio dei segni del tetano veniva fatta la narcosi mentre un certo numero rimaneva senza narcosi per controllo. La narcosi decorreva come nei ratti normali. Gli animali di questa serie d'esperimento sono tutti morti; soltanto in quelli trattati con l'avertina si aveva un ritardo nella morte fino a 4 ore.

In un'altra serie di ratti ha saggiato l'azione dell'avertina insieme con il trattamento antitossico.

In 51 animali dopo l'inizio dei segni del tetano ha fatto la narcosi e l'iniezione sottocutanea di 5.20 unità antitossiche, mentre negli animali di controllo faceva soltanto l'iniezione di antitossina senza avertina. In questa serie di 51 animali di cui 24 per esperimento e 27 per controllo, fra i primi rimasero in vita il 37 %, fra i secondi soltanto il 3 %.

Il metodo è stato utilizzato nella clinica in un caso da Kreuter nel 1927, ma dopo due applicazioni che diedero all'infermo per parecchie ore una calma, si ebbe l'exitus per la gravità della forma tetanica con tempo d'incubazione molto breve.

Haas ha trattato due casi di tetano con narcosi da avertina con una guarigione. La prima idea di questo trattamento con avertina si deve a Läwen. Naturalmente questo trattamento va accompagnato con il trattamento della porta d'entrata e con la sieroterapia. L'avertina è usata come clisma in 28 cmc. di acqua distillata nella dose di gr. 0,10-0,14 per kgr. di peso corporeo. Nei due casi guariti sono stati usati complessivamente in circa 20 volte 154 gr. di avertina. Il mezzo ha il vantaggio che l'infermo non si abitua al farmaco.

R. BRANCATI.

Trattamento del tetano mediante iniezione subdurale di siero antitetanico.

(MEFFERT. *Zent. f. Chir.*, 1928, n. 1).

È noto l'uso del siero antitetanico per via intralombare e intravenosa come pure l'impiego di esso per imbibizione perineurale nei tessuti della ferita infetta. L'uso subdurale intracranico secondo il metodo di Betz non è molto diffuso. Betz ha avuto in 3 casi la guarigione con l'iniezione combinata subdurale e intraspinale. Anche Bocker ha avuto su 2 casi una guarigione. La tecnica usata da Betz è la seguente: in narcosi vengono estratti 20-30 cmc. di liquido spinale e

sostituiti con 25 cmc. (100 U. I.) di siero nel sacco lombare; quindi viene trapanata d'ambo i lati a 2-3 cm. dalla linea mediana la scatola cranica e vengono iniettati a destra e sinistra sottoduralmente 100 U. I.; quindi si richiudono le ferite della trapanazione.

L'A. ha usato il metodo in un caso modificando alquanto il procedimento: senza l'iniezione intralombare, praticata una trapanazione presso il vertice della testa con l'anestesia locale ha iniettato 100 U. I. di siero antitetanico sottoduralmente e poi ha richiuso la breccia ossea di circa 2 cm. di diametro rimettendo lo stesso frammento di teca.

Il miglioramento s'iniziò il giorno dopo ed al nono giorno ebbe la guarigione completa. Durante tale periodo fu necessaria qualche iniezione di eukodal come sedativo.

L'azione deve essere legata col fatto che il siero in questo modo viene immesso negli spazi linfatici tra pia ed aracnoide che hanno intimi legami col midollo e coi nervi periferici per cui il siero agirebbe più rapidamente. R. BRANCATI.

Sul trattamento del tetano con iniezione intracranica subdurale di siero antitetanico.

(HARTLEIB. *Zentr. f. Chir.*, 1929, n. 3).

L'A. viene in appoggio di un articolo pubblicato nel 1928 dal suo assistente Meffert riguardante la guarigione di un caso grave di tetano con l'iniez. intracranica di 100 unità antitossiche. Tale articolo fu seguìto poi da un altro di Goedecke su 9 casi in parte curati con lo stesso metodo.

Koennecke si mostra contrario. Il trattamento non si può considerare più grave di una iniezione endovenosa o sottocutanea quando viene fatto insieme con un trattamento di narcotici.

Quando il tetano è apparso coi suoi segni vuol dire che la tossina ha raggiunto il midollo allungato e solo con la iniezione intracranica si può far pervenire l'antitossina in tale punto avendo il siero antitetanico un peso specifico maggiore del liquido cefalo-rachidiano.

A conferma della utilità del metodo riporta un caso di tetano grave che aveva resistito ai vari metodi di trattamento con siero per via endovenosa e sottocutanea, con sedativi e narcotici e che guarì con l'iniezione sottodurale di 100 cmc. antitossiche fatta mediante una piccola trapanazione cranica sotto narcosi con avertina. Se Goedecke riporta un caso di epilessia consecutivo a questo trattamento, l'A. crede ch'esso sia dovuto ad un errore di tecnica per cui l'iniez. di siero venne praticata nel cervello e non nello spazio subdurale.

R. BRANCATI.

STORIA DELLA MEDICINA

Ranieri Bellini nell'Accademia Medico-Fisica

(Nell'anniversario del 50° dalla morte). (1)

G. Coronedi, che già in altra sede ha avuto occasione di far rivivere la vita e l'attività scientifica, in qualche senso precorritrice dei tempi nuovi, del Bellini, professore di Tossicologia e poi di Medicina legale, in questo Ateneo, ha creduto conveniente, nella seduta di apertura dei lavori accademici, di ricordarlo degnamente, sopra tutto per l'attività che Egli dimostrò in seno alla nostra Accademia, e per l'importanza degli argomenti coi quali più volte ascoltatissimo la intrattenne.

Rileva come Egli sia stato fino ad ora quasi totalmente dimenticato, sorte non rara agli Scienziati nostri, e dimenticato perfino da questa stessa Accademia che lo aveva così apprezzato in vita, mentre, sebbene ne piangesse la perdita prematura, non pervenne mai a commemorarlo degnamente, forse per coprire con pietoso velo la tragica fine di Lui. Intanto fa risaltare come già alcuni insigni Clinici del tempo, fra i quali Concato e Federici, lo apprezzassero vivente come alto cultore delle scienze farmacologiche; e del pari ricorda come Egli stesso dimostrasse di apprezzarne il valore e di essere molto considerato in questa scienza, a proposito della quale seppe così bene valorizzare l'opera di Pietro Albertoni che per suo giudizio potè ottenere l'eleggibilità in concorso.

Venendo quindi a valutare qualcuna delle geniali pubblicazioni o discussioni accademiche del Commemorato, geniali sopra tutto in rapporto con l'epoca nella quale furono pubblicate o pronunziate, ricorda come Egli fosse dei primi nel 1849 ad affermare, che l'azione dei medicamenti è funzione del loro assorbimento e trasporto in circolo e non si tratta per niente di azioni simpatiche, come allora si sosteneva. E questa non fu che una affermazione pubblicata dal nostro Bellini ancora giovanissimo, pochi anni dopo la laurea.

Ma rimandando per altri particolari alla pubblicazione dell'O. nella *Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali* (1928) ed al breve cenno scritto in occasione della pubblicazione centenaria della nostra Accademia (1924), l'O. ricorda alcune sedute della medesima nelle quali si distinse il Bellini per altezza di concetti, vivacità di discussione e correttezza nel contraddittorio. Ricorda le tornate del 21 marzo e del 4 luglio 1869, in cui con grande convincimento espose delle proprie esperienze che tendevano a battere la teoria del Polli sulla

(1) Sunto di una comunicazione del prof. G. CORONEDI all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina nell'adunanza del 29-XI-1928.

azione profilattica dei solfiti, dimostrando che queste sostanze si mantengono indecomposte in mezzo ai fermenti e materie fermentabili.

Ricorda la seduta del 5 dicembre 1869, in cui si occupa della pretesa incompatibilità fra zolfo e preparati ferrugginosi, rivalutando in tale occasione alla chimica il diritto di concorrere con la osservazione clinica per interpretare le modificazioni indotte o subite dai farmaci nell'organismo.

Analogamente il 30 gennaio e il 7 marzo 1870 Egli si occupa, mediante convincenti esperienze, di dimostrare l'esistenza dell'acido cloridrico libero nel succo gastrico, esistenza allora negata dai più, alla cui discussione ebbe avversario Maurizio Schiff.

In altre sedute del 1874 e 1875, Egli si occupò dello studio della attività della diastole cardiaca e della dilatazione vasale. Ancora nel 1868 venne incaricato di risolvere sperimentalmente un quesito sorto da una discussione accademico-clinica, se cioè vi sia possibilità di avvelenamento per amministrazione simultanea di ioduro e clorato di potassio, e risolve molto convincentemente il problema.

Ancora nel 1872 si occupa con molta maestria di riscontrare l'eventuale danno alla salute dall'impiego della fucsina come colorante di dolci e liquori. Vanno ancora ricordati studi sull'ioduro e bromuro di mercurio, sulla combustione umana spontanea, sulla tossicologia del rame.

L'O., rilevata così per sommi capi la vasta operosità del Bellini, che, mostrando ingegno non comune, da semplici ed accurate osservazioni aveva saputo, in tempi in cui la Farmacologia si può dire che ancora non esistesse, trarre anche delle conclusioni di indole generale in questa materia, termina rivolgendo ai giovani invito ad imitare il passato Maestro, e trarre dalla Sua operosità auspicio di fecondo lavoro.

CENNI BIBLIOGRAFICI

ARMANI, BALLI, BORDONI, CAPPELLI, CERESOLE, CONIGLIO, FIGINI, GUARINI, MASCHERPA, MELDOLESI, MILANI, PONZIO, PUGNO-VANONI, SABATUCCI, VACCHELLI, VINAI. *Compendio italiano di Terapia Fisica*, pag. 508. Como, Tipografia Cavalleri, 1929. L. 80.

Annunziato molte volte, ritardato per ragioni molteplici, esce finalmente il *I Compendio italiano di Terapia Fisica* a commemorazione del 1° centenario Voltiano. Il libro è il primo del genere in Italia ove, per quanto riguarda la terapia fisica, bisognava ricorrere a libri in lingua straniera. Il *Compendio* sarà bene accolto dai medici, dagli specialisti e dagli studiosi in genere. L'elenco dei vari capitoli mostra come il libro — salvo piccole mende — ha ben risposto alle intenzioni dell'editore di fare un libro italiano completo sulla terapia. Coniglio ha trattato: « La scoperta della pila e sue applicazioni mediche »; Ponzio: « Teorie moderne sulla costituzione della materia ed energia in relazione ai fenomeni vitali »; Pugno Vanoni: « Radiazioni: onde hertziane, luminose, ultraviolette, Roentgen e delle sostanze radioattive »; Meldolesi: « Concetti generali di elettrobiologia »; Bordoni: « Le correnti elettriche nelle loro applicazioni terapeutiche »; Sabatucci: « Le correnti elettriche nella diagnosi delle malattie »; Vinai: « La diatermia nelle più recenti conquiste scientifiche e pratiche »; Vacchelli: « Le applicazioni mediche delle radiazioni luminose: l'elioterapia »; Armani: « Fototerapia e termoterapia luminosa »; Guarini: « Gli ultrarossi in medicina »; Ceresole: « Gli ultravioletti in terapia »; Mascherpa: « Roentgendiagnostica »; Milani: « Le applicazioni della Roentgen-terapia nella pratica medica »; Cappelli: « Applicazioni mediche delle sostanze radioattive »; Balli: « Cenni sul contributo scientifico degli italiani allo sviluppo della Roentgenbiologia »; Figini: « L'elettricità nelle scienze naturali ».

L'elenco dei vari capitoli affidati a competenti dell'argomento mostrano come il nuovo compendio sia riuscito veramente quale si desiderava: opera davvero meritoria e italiana ha compiuto il Balli nel suo capitolo sulle rivendicazioni italiane nei vari argomenti di radiobiologia, riportando con esattezza meticolosa tutti i contributi che gli italiani hanno portato alla radiobiologia. I contributi degli italiani recheranno sorpresa al medico che leggerà il compendio e i radiologi stranieri dovranno tener conto dei lavori eseguiti in Italia e in gran parte ignorati. Sarebbe stato desiderabile che un capitolo simile fosse stato dedicato al contributo originale degli italiani nel campo della *radiodiagnostica*, capitolo che nel nuovo compendio è stato ridotto quasi a un elenco schematico delle malattie in cui la radiologia porta la sua luce diagnostica: sviluppato con altri concetti e specialmente in base al lavoro degli italiani tale capitolo potrà ri-

manere utilmente incastrato in un libro di terapia. Una nuova edizione potrà ovviare ad altre piccole mende: è mancato ad esempio, a proposito della diatermia, un collegamento completo fra i vari AA. e viene a mancare la parte che riguarda la tecnica generale e lo strumentario; sarebbe stato desiderabile un più ampio posto alle figure e di sostituire, con figure più fresche, i vecchi clichés da catalogo nel capitolo di elettroterapia. Ma pur con queste piccole mende scusabili in un libro nuovo del genere (e il primo lanciato in Italia su un argomento così complesso quale è la terapia fisica), il compendio avrà la sua fortuna; e la bella veste tipografica fa onore all'editore Cavalleri. E. MILANI.

P. LAZARUS. *Fortschritte der praktischen Röntgendiagnostik und Strahlentherapie*, pag. 24. Berlino, Urban e Schwarzenberg, 1929.

Questi progressi nella röntgendiagnostica e nella röntgenterapia pubblicati da Urban e Schwarzenberg come supplemento alla *Mediz. Klinik* rappresentano degli autoriassunti di lezioni e conferenze tenute da Lazarus, Chaoul, Berg, Fränkel, Munck, Pincussen, Bave, Schultze.

In piccola mole questi AA. hanno cercato di riassumere brevemente i progressi che in questi ultimi anni sono stati raggiunti nei singoli campi della radiologia e l'opuscolo può essere utile al radiologo che segue il movimento scientifico nella specialità. Lazarus ricorda l'azione della irradiazione non solo nelle forme infiammatorie (paterecci, ecc.) ma anche nella polmonite e nella pleurite; l'importanza che ha oggi la röntgenterapia sugli organi endocrini come azione stimolante; l'importanza che ha l'irradiazione della milza nelle emorragie, ecc.

Chaoul tratta il capitolo della radioterapia dei tumori maligni e sulla röntgendiagnostica delle malattie dei polmoni e dei bronchi; Berg tratta delle malattie dello stomaco e del duodeno; Fränkel delle malattie dell'appendice; Munck delle malattie articolari; Pincussen dell'azione biologica della luce, Schultze delle malattie ginecologiche dal punto di vista della diagnosi radiologica. E. MILANI.

E. MARKOVITS. *Röntgendiagnostik der Knochen- und Gelenkerkrankungen in Tabellenform.* Un vol. di pag. 158 con 246 figure. G. Thieme edit., Lipsia, 1929.

La diagnosi radiologica delle affezioni delle ossa e articolazioni: ecco la materia di trattazione del nuovo libro presentato dal solerte editore Thieme. È questo, forse, uno dei capitoli più difficili della diagnostica röntgenologica, difficile sia per la complessità delle alterazioni, quanto e più per le grandi analogie di aspetto radiografico che esistono fra molte malattie, in genere ancora incompletamente studiate. Basta pensare al capitolo così discusso delle osteo-distrofie o a quello delle artriti croniche.

L'A. ha seguìto una esposizione schematica elencando in modo conciso e illustrando con disegni e radiografie le particolarità più importanti di ogni malattia e raccogliendo alla fine di ogni capitolo i dati di diagnosi differenziale in tabelle comparative.

Il libro del Markovits ha il merito di permettere la cognizione rapida e completa delle particolarità radiologiche più importanti di una data affezione e di aiutare nella ricerca dei dati differenziali nei casi dubbi.

VALDONI.

R. HERZ. *Die photographischen Grundlagen des Röntgenbildes.* Un vol. di pag. 225 con 154 fig. G. Thieme edit., Lipsia, 1929.

L'esecuzione di una radiografia presuppone la conoscenza di molti fattori fisici, chimici e tecnici, dati che l'A. raccoglie nel suo libro completando l'insegnamento teorico con la esperienza personale.

Il radiologo troverà esposte in dettaglio tutte le manualità occorrenti a ottenere un radiogramma ineccepibile: dal modo di ricavare il migliore rendimento dall'apparecchio, ai criteri di scelta dei tubi e delle pellicole; dalla determinazione del tempo di esposizione, ai mezzi per ottenere una precisione maggiore del dettaglio; dal modo corretto di sviluppare la lastra fotografica, a quello di ovviare alle possibili cause di errore.

È un libro che sarà consultato con profitto sia da chi si propone di incominciare come anche da radiologi già pratici che vogliano migliorare, dal punto di vista fotografico, i loro radiogrammi. VALDONI.

F. GIDON. *Précis de l'ionothérapie électrique.* Ediz. des Presses Universitaires. Vol. in-8°, pag. 96. Paris. Fr. 15.

Il metodo ionoterapico consiste nel realizzare la penetrazione di agenti medicamentosi attraverso la pelle e le mucose per via di trasporto elettrico per mezzo di un dispositivo analogo a quello realizzato nell'industria galvanoplastica per il trasporto e il deposito dei metalli. Introdotti per questa via molti metalli acquistano delle proprietà interessanti: del resto la ionoterapia ha acquistato una notevole importanza anche nella radioterapia perchè il metallo introdotto nei tessuti per via ionoforetica serve da radiatore in profondità.

La ionoforesi litinica o iodica può essere utile come antidiatesica, la ionoterapia a base di zinco e di rame nelle ferite e nelle suppurazioni, la ionoterapia salicilica, chininica, aconitinica ecc. nelle affezioni dolorose articolari, quella magnesiaca nei neoplasmi, quella iodica nelle aderenze, ecc.

In piccola mole il libro è utile per conoscere sia la tecnica della ionoforesi, sia le applicazioni in medicina. E. MILANI.

E. e H. BIANCANI. *Lumière et Rayons infrarouges*. Collect. « Les actualités Physiothérapiques ». Vol. in-8°, pag. 177, fig. 24. Gauthier-Villars editori. Parigi, 1929. Fr. 20.

Questo volumetto dei Biancani che si aggiunge alla collana delle monografie pubblicate sotto la direzione di Duhem viene in buon punto a raggruppare tutte le cognizioni finora sparse sui raggi infrarossi. Tutte le pubblicazioni di attinoterapia avevano specialmente lo scopo di far conoscere le proprietà dei raggi ultravioletti e le loro applicazioni in medicina: ma i raggi ultrarossi, la cui applicazione nella medicina e nella dermatologia non è affatto recente, erano completamente trascurati.

Dopo una parte generale di fisico-chimica delle radiazioni infrarosse, gli AA. studiano in un bel capitolo l'azione dell'infrarosso sulle funzioni vitali: sul movimento delle cellule, sulla nutrizione e la crescenza per passare poi allo studio degli effetti dell'infrarosso in fisiologia umana (reazioni cutanee, reazioni oculari, ecc.).

Dopo una breve storia sulla terapia dei raggi infrarossi gli AA. in poche pagine riassumono la tecnica e gli apparecchi necessari per i raggi infrarossi e passano in rivista le varie malattie che si giovano dell'infrarosso: le piaghe, le ferite torpide, le varie malattie della pelle, i geloni, le adeniti, le nevralgie, le malattie della pleura e del peritoneo, ecc.

Il libro può essere consultato con utilità dallo specialista e dal medico.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 7 marzo 1929 - VII

Nuove esperienze sulla cura medica dell'empiema pleurico diplococcico nel bambino.

Prof. CESARE COCCHI. — Già nel gennaio 1927 furono comunicati alla riunione della Sezione Toscana della Società Italiana di Pediatria, i primi risultati sul metodo del taurocolato di sodio nella cura dell'empiema pleurico diplococcico del bambino. Nel n. 6 della *Rivista di Clinica Pediatrica*, 1927, fu pubblicato in esteso il lavoro con documentazione radiografica e statistica. Nei due anni successivi il metodo fu usato sistematicamente nella Clinica Pediatrica di Firenze. I risultati ottenuti furono ottimi: nei 22 casi trattati si ebbe la guarigione: in un solo caso si ebbe la morte, che sopravvenne entro le 24 ore dall'ingresso in Clinica: le condizioni di questo bambino erano estremamente gravi (la forma datava da 2 mesi) ed al tavolo anatomico fu riscontrata anche una pericardite purulenta).

Scopo della presente comunicazione, oltre che a riferire i risultati ottenuti dopo un biennio di esperienza, è quello di portare un nuovo contributo nella tecnica di applicazione del metodo stesso.

Mentre in primo tempo l'O. praticava il lavaggio della pleura con soluzione fisiologica, successivamente ha trovato che tale pratica nel maggior numero di casi era inutile: così pure mentre in primo tempo usava di iniettare piccole quantità di liquido nel cavo pleurico, come veicolo del taurocolato di sodio, successivamente osservò che pratica migliore, nel senso di abbreviare il decorso della malattia, era di iniettare tanta soluzione di taurocolato, che corrispondesse a circa la metà del pus estratto: con questa pratica si ottiene di far agire il sale biliare, su larga estensione della pleura.

La quantità di taurocolato iniettata è stata aumentata, nei casi gravi, e nelle forme molto estese. Nei bambini al di sotto dell'anno le dosi adoperate furono di 3 grammi per volta, disciolte in 50, 100, 150 cmc. di soluzione fisiologica. Nei bambini al di sotto di 5 anni la dose massima adoperata fu di 4 grammi pro dose: al di sopra di 5 anni si giunse senza nessun inconveniente a 6 grammi per volta.

Occorre astenersi dall'iniettare nel cavo pleurico, la soluzione di taurocolato, quando non si riesca a svuotare il contenuto purulento: o meglio guardarsi dall'iniettare quantità di soluzione superiore alla quantità di pus estratto.

P. M. N.

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno.

Seduta del 24 febbraio 1929.

Le sindromi colecistitiche croniche non calcolose.

Prof. BACCARANI U. — L'O., rilevata la grande frequenza delle colecistiti croniche non calcolose, parla della eziologia e patogenesi di queste forme colecistiche dimostrando l'esistenza di stati ipotonici e atonici della vescichetta, di vizi di posizione, di particolari condizioni anatomiche, ecc., fattori patogenetici all'infuori dell'infiammazione vera e propria.

Rileva l'importanza del drenaggio biliare per la diagnosi della colecistite i cui risultati vanno interpretati con prudenza, in quanto non sempre la colecistite cronica si specchia nel liquido biliare estratto.

Illustra alcune varietà di colecistite cronica, specie della forma pseudo tubercolare e della forma cachetizzante; la grande mobilità e varietà delle sindromi dispeptiche gastrointestinali e le risonanze a distanza come equivalenti delle colecistiti croniche; insistendo sulla necessità di raccogliere con cura tutti i sintomi, anche i più umili, perchè la varietà clinica diagnosticata abbia corrispondenza perfetta colla lesione anatomo-patologica.

L'O. descrive le sindromi colecistiche da posizione d'atonia e di ipotonia della vescichetta le manifestazioni dispeptiche che in qualche caso tengono dietro al rifornimento del pneumo torace destro, che ritiene dipendenti sopratutto da ptosi epatica dell'apparato biliare.

Riguardo alla cura dichiara che non vi può essere una sola terapatia per tutte le sindromi di colecistite cronica non calcolosa; la cura deve aderire e plasmarsi a quella particolare forma della malattia della cistifellea.

Oltre all'atto operativo vi è tutto un programma di provvidenze terapeutiche di natura medica, che bene scelto e bene maneggiato può dare dei risultati magnifici e durevoli, e la cura del drenaggio biliare medico a mezzo della sonda di

Einhorn, di cui descrive la tecnica e riferisce i risultati è quella più efficace.

Sulle indicazioni di operabilità delle colecistiti.

Prof. Cappelli L. — L'O. si diffonde a ricordare le teorie antiche e recenti sulla genesi della calcolosi biliare e sulle vie di penetrazione e di propagazione dei germi infettanti (accennando per incidenza alla teoria linfatica della cefalo-pancreatite d'origine biliare, sostenuta in una sua tesi del 1906).

Raccomanda, per l'indicazione chirurgica, la coscienziosa selezione dei casi che si dimostrano incurabili medicalmente, giudicando in base alla sua lunga esperienza, non indifferenti i rischi operatori, tra i quali l'angiocolite latente, alla cui esaltazione attribuisce fatti infettivi acuti post-operatori, da lui ripetutamente osservati. Ammette come indiscutibile l'indicazione della colecistectomia nei casi di colecisti dalle pareti profondamente alterate, ma nei casi in cui queste si presentano pressochè normali il R. propugna per rimettere in onore l'operazione di Loreta (gloria e vanto della chirurgia italiana) la colecistendisi, che risparmia un organo, se non necessario, utile per l'economia, ispirandosi ad un concetto elevato di chirurgia conservativa.

La colecistografia.

Prof. Montanari A. — Ricordati gli esperimenti di Rowntree e di Rosenthal sulla eliminazione della tetraclorofenolftaleina per le vie biliari e l'idea del Graham di sostituire al cloro il bromo e meglio lo jodio, per rendere visibile la colecisti radiologicamente; riassunti i reperti radiologici, diretti ed indiretti, funzionali ed anatomici, delle vie biliari avanti la colecistografia, il R. descrive la tecnica della somministrazione della T. per le vene e per os (indicando fra le cause del mancato scioglimento delle capsule la pancreatite, non di rado associata alla colecistite) e riferisce il metodo di Bronner per ottenere uno svotamento rapido della cistifellea, standardizzato per lo studio sistematico di questo svuotamento.

Ricorda le discinesie osservate nelle ulceri gastroduodenali (Bronner), descrive i reperti colecistografici normali, ricordando il lavoro del Perona sulle relazioni della forma e topografia della colecisti con le combinazioni morfologiche di De Giovanni.

Con proiezioni mostra la cistifellea nelle sue forme normali (a pera ovoidale), l'imagine del collo, del cistico e del coledoco. Descrive l'impronta cistica (analoga all'impronta duodenale) che ritiene data dal parenchima epatico ipertrofico. Illustra con proiezioni numerose i principali reperti patologici: le ptosi e l'ipotonia (Rossi), l'assenza dell'imagine, la notevole diminuzione dell'opacità, l'alterata omogeneità e irregolarità dei contorni. Conclude esponendo le indicazioni terapeutiche desumibili dalla colecistografia.

Note casistiche di chirurgia della cistifellea.

Prof. Caucci A. — Su 50 interventi, 2 morti (uno dei quali per continuazione di peritonite biliare); 43 colecistiti, di cui 9 operate in fase acuta; 19 forme non calcolose; 17 associazioni morbose (appendicite, ulcera duodenale, pancreatite, ecc.).

Furono eseguite 36 colecistectomie, 7 colecistostomie, 2 anastomosi, 5 coledocotomie e 18 operazioni associate. Sottolinea i seguenti punti:

1) la colecistite non calcolosa può all'esame esteriore non presentarsi con alterazioni evidenti; le aderenze non sempre sono prova dell'infezione vescicolare, potendo derivare da processi extrabiliari;

2) ad evitare demolizione di colecisti sane, o misconoscimento di quelle infette (coesistenti con lesioni di altri organi) necessita diligente e completa indagine clinica per operare con diagnosi precisa, specie nelle forme non infettive delle « colecisti da stasi biliare », nei nevrotici, ptosici, colitici;

3) accertata la diagnosi di colecistite, è indicato l'intervento chirurgico (salvo controindicazioni di operabilità) perchè la cura medica è illusoria;

4) la cura chirurgica deve essere precoce;

5) negli attacchi acuti di colecistite (escluse le coliche di natura meccanica) intervenire sempre precocemente (nelle prime 36 ore) in soggetti validi ed in fresca età, temporeggiare solo per soggetti tarati, obesi vecchi;

6) negli intervalli intervenire precocemente, alle prime coliche, nei soggetti giovani: lasciando invecchiare malato e malattia si eleva la mortalità operatoria;

7) l'operazione purchè eseguita con buona tecnica e nelle condizioni dette, è poco pericolosa (mortalità del 2 % nelle forme croniche, del 5 % nelle acute); il 20 % dei non operati muoiono per effetto della loro malattia.

Epatoligamentopessia come cura della stenosi di posizione delle vie biliari nella ptosi epato-gastro-duodenale.

Prof. Sala A. — Illustra una sindrome dispeptica non rara da stasi biliare per angolazione delle vie epatiche determinata da ptosi del fegato, o della vescicola o del rene, o del colon, o del duodeno (sindrome generalmente attribuita a stimolo del pl. solare per ptosi di questi visceri). Tra i sintomi caratteristici, il cessare dei disturbi in decubito orizzontale. Operatoriamente è costante la ripienezza della coleciste e la dilatazione delle vie biliari, e frequente l'esistenza di briglie o legamenti anormali con dislocazioni epatiche che alterano l'ortolesi.

La terapia consegue a tale originale concezione patogenetica: l'epatopessi. Reciso il legamento rotondo verso l'ombellico, senza isolarlo, ne fissa l'estremo attraverso l'occhiello della parete epigastrica in un punto opportuno, in guisa da ottenere il sollevamento del fegato col suo peduncolo, nonchè del piloro-duodeno, previa recisione di eventuali aderenze.

L'O. riferisce 7 casi personali ben documentati, guariti, con risultati lontani, sin dal 1922, perfetti. Ha eseguito l'epatopessi associata alla colecistectomia in altri 12 casi di colecistolitiasi con ptosi del fegato, con ottimo successo.

Documentazione radiologica.

Dott. Natale Marzi P. — Riferisce i reperti radiologici degli operati del prof. Sala per stasi vescicolare determinata da inginocchiatura delle vie biliari, consecutiva a ptosi epatica o piloro-duodenale.

Descrive i segni radiologici che possono fare so-

spettare tale stasi biliare e dimostra con proiezioni le condizioni statiche dei visceri prima e dopo l'intervento.

Rara complicanza di rottura traumatica del fegato.

Dott. ZACCARA. — Un operaio colpito da un agente contundente all'ipocondrio destro, ha poche sofferenze immediate; ma dopo tre mesi diviene inabile al lavoro e muore alla distanza di un anno per stenosi mitralica.

La necroscopia dimostra che tale lesione è determinata da un nodulo calcareo, nello spessore della parete auricolare, stenosante l'ostio, esito di una distruzione localizzata del miocardio e della sostituzione connettivale, calcificata.

L'O. ritiene che tale reperto sia da riferirsi ad un infarto della coronaria, per embolo proveniente dal focolaio di contusione epatica.

La colecisto-appendicite.

Prof. SBROZZI M. — Sulla base di 35 operazioni personali, rilevata la frequenza nell'età giovane e nel sesso femminile, delinea il quadro patogenetico, trattando della batteriologia, delle vie d'infezione sanguigna e linfatica, della costante precedenza della localizzazione appendicolare, e descrive i caratteri anatomo-patologici delle lesioni riscontrate (soffermandosi sulla cistifellea a fragola), notando non rara discordanza d'entità tra sintomatologia e alterazioni anatomiche, e talora negatività del reperto macroscopico. Clinicamente trattasi per lo più di forme croniche, pur con riacutizzazioni saltuarie; rara è l'infezione acuta contemporanea. La diagnosi è delicata specie con l'ulcera gastroduodenale. La cura chirurgica è indicata, esperite le cure mediche. L'intervento (tranne casi eccezionali) è a freddo. L'atto operativo d'elezione è l'ectomia dei due organi, come ha costantemente eseguilto nei suoi 35 malati, tutti guariti, tranne uno deceduto per broncopolmonite. La colecistostomia vive delle controindicazioni dell'ectomia; non guarisce di solito le sindromi dolorose, nè salva la funzione vescicolare. La sola appendicectomia non sembra sufficiente. La colecisto-gastro o duodenostomia, il drenaggio perduto epato-duodenale non hanno dato ancora risultati probatori. L'O. espone particolari di tecnica della ectomia.

I risultati del sondaggio duodenale in un caso d'empiema della cistifellea post-tifico con angio-colite subacuta.

Dott. CELIBERTI A. — Documentazione clinica molto accurata di un caso di colecistite suppurativa esclusa dal circolo biliare con presenza del b. tifico nella bile, persistente dopo colecistectomia, nel silenzio d'ogni sintoma.

Alcune considerazioni sui miei interventi nelle colecistiti.

Prof. TONINI G. — Riferisce su 18 interventi, per lo più a freddo, intrattenendosi sulla sintomatologia, sulle difficoltà diagnostiche, sui cómpiti e la delicatezza dell'esame radiologico, e sulla prova di Meltzer-Lyon.

A proposito di un caso di pancreatite, guarito con la stomia, ricorda lo studio del Cappelli sulle cefalo-pancreatiti linfatiche colecistitiche (1909).

Ha praticato 2 colecistostomie, 12 colecistectomie (senza insuccessi) in 3 casi con appendicectomia e 4 colecistendisi alla Loreta, di cui è sostenitore seguendo lo Schiassi, e in omaggio ad un concetto fisiologico naturalistico.

Il prof. CAUCCI presentando un caso di colecistoappendicite acuta ed uno di pancreatite ostruente il coledoco, nei quali persistevano coliche e ritenzione biliare, scomparse dopo dilatazione della papilla, dimostra l'importanza dello spasmo dello sfintere di Oddi come causa di recidiva di disturbi. Combatte l'esumazione delle colecistendisi, perchè non contro il calcolo si deve dirigere l'intervento, bensì contro l'infezione della cistifellea, che va tolta o drenata. Il prof. SBROZZI è dello stesso parere.

Il prof. SANTINI insiste sull'importanza dello stato della funzionalità epatica, per la determinazione della resistenza operatoria, quindi sulla necessità di una collaborazione medico-chirurgica.

Il prof. SETTE ha riscontrato frequentemente assenza di germi nella bile delle colecisti asportate dal prof. CAPPELLI.

Il prof. FRATTINI illustra brillantemente il caposaldo che la diagnosi di colecistite, per la grande massa dei medici pratici, deve essere basata fondamentalmente sui dati clinici; per quanto importanti ed ammirevoli i sussidi della radiologia e del sondaggio duodenale, questi possono completamente fare difetto non eccezionalmente trarre in errore, e non sono di facile corrente impiego.

L'azione della tetrajodofenolftaleina sodica sui reni.

Dott. LAUREATI L. — In 9 osservazioni non ha riscontrato mai elementi che depongano per una sofferenza del rene, in un caso in cui preesisteva un'affezione renale non ne ha rilevato alcun aggravamento.

La pressione arteriosa durante le iniezioni endovenose.

Dott. LAUREATI L. — L'O. conclude:

1) tutte le sostanze iniettate si sono mostrate ad azione ipotensiva;

2) quella per la tetrajodo, più accentuata della soluzione fisiologica, si manifesta durante l'iniezione, specie i primi dieci minuti; poi la pressione tende a raggiungere la norma;

3) il massimo d'ipotensione della T. oscilla tra 10-15 mill. di Hg., non s'accompagna ad alcun disturbo, e l'iniezione sottocutanea di un milligramma di adrenalina tende a correggerla;

4) l'ipotensione è in rapporto al soggetto e presumibilmente con la durata dell'introduzione.

Trasformazione in vitro di anelli di plasmodium praecox in forme semilunari.

Prof. SETTE N. — L'O. riferisce di culture del parassita malarico in un caso clinico riportato e conclude:

1) è possibile coltivare in vitro, fino alla formazione di gameti, i parassiti malarici (non è indispensabile l'aggiunta di glucosio, nè l'assenza d'ossigeno atmosferico, nè la temperatura di 58°-42°);

2) i gameti possono svilupparsi da forme ameboidi e non è necessario di ricorrere all'intervento di forme speciali;

3) i gameti si possono generare nel sangue circolante da forme anulari senza l'intervento del midollo osseo, nè della milza.

A. CAUCCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sulla formazione dell'indacano.

In una serie di articoli con ricerche sperimentali, Kishi (*The Tohoku Journ. of exper. Med.*, 11, 6, nov. 1028; 12, 1, dic. 1928) porta un notevole contributo al problema dell'indacano, la cui genesi non appare del tutto chiara.

Le incertezze e le contrarie opinioni intorno alla formazione dell'indacano sono dipendenti sopra tutto dagli insufficienti metodi d'indagine per il dosaggio dell'indacano nel sangue e nelle urine. I metodi preferiti dall'A. sono stati: quello di Jolles e Takeuki per le urine; quello di Jolles, modificato da Strauss per il sangue.

Dopo la scoperta dell'indacano, si pensò che esso potesse dipendere dalla putrefazione dei batteri intestinali, opinione accettata dalla maggioranza, senza prove sperimentali. In seguito si ritenne che l'indacano dipendesse dallo stato di digiuno, o dalla scomposizione delle proteine; tuttavia era necessaria la putrefazione del contenuto intestinale o del succo pancreatico per provocarne la formazione. Si pensò inoltre che dipendesse da intossicazione di acido ossalico; fu trovato aumentato dopo l'intossicazione florizinica, forse per emorragie intestinali; tuttavia il suo aumento era riportato ad una diretta azione batterica intestinale

Nelle ricerche fatte s'è tenuto poco conto della dieta e del digiuno, due fattori che sembrano avere una notevole importanza su tale problema.

In un primo articolo, l'A. riferisce una serie di esperienze fatte allo scopo di chiarire l'origine della formazione dell'indacano.

Per stabilire l'influenza della dieta, è stato somministrato a cavie solo del cavolo, il quale secondo alcuni AA. fa diminuire l'escrezione dell'indacano, e impedisce la presenza dei bac. coli.

Tali opinioni non sono state confermate dall'A. il quale ha trovato presenza di bac. coli nell'intestino ed aumento d'indacanemia.

Era stato notato che il digiuno faceva diminuire la quantità d'indacanuria; uguale effetto avrebbero le iniezioni di alcalini. L'A. non conferma tali asserzioni, perchè in entrambi i casi ha trovato aumento di escrezione di indacanuria. Somministrando dei lassativi (calomelano, olio di ricino, solfato di magnesio) e pulendo l'intestino, la quantità d'indacano è sempre superiore alla norma. Egli ha notato che l'indacano cresce in diretto rapporto con la diminuzione del peso del corpo, e viceversa: esiste un certo equilibrio tra le due condizioni.

L'A. ha provato ad iniettare emulsione di tessuti organici — rene, fegato — per notare il comportamento dell'indacano, ed ha trovato un aumento della quantità eliminata.

Ha provocato lesioni renali, iniettando dapprima acetato d'uranio, ed ottenendo una degenerazione renale a tipo nefrotico, e poi provocando una glomerulonefrite con avvelenameno da *habu*, per stabilire se l'aumento dell'indacanemia era dovuto a ritenzione oppure ad un'aumentata formazione. Dagli esperimenti risulta che la differente eliminazione dell'indacano non varia per la differente forma di nefrite, ma è in rapporto allo stato di insufficienza renale; l'iperindacanemia è il risultato dell'aumentata formazione d'indacano in aggiunta alla ritenzione dell'indacano nel sangue.

Dalle conclusioni del primo articolo emerge che la dieta di solo cavolo aumenta l'indacano; il digiuno aumenta l'indacanuria; questo è uno dei principali fattori.

L'aumentata eliminazione d'indacano nelle diverse malattie è dovuta alla scomposizione delle proteine organiche per il digiuno, o ad anomalie del metabolismo senza intervento di un processo batterico.

Nel secondo articolo sono riferite le ricerche sperimentali per giustificare l'opinione dell'A. già accennata precedentemente, che cioè la quantità d'indacano formatasi in casi di nefrite sperimentale con uranio era grande, e che solo una piccola parte era eliminata con le urine, mentre una buona parte era trattenuta dai tessuti ed eliminata attraverso il tubo digestivo.

In questi esperimenti, fatti su cavie, l'indacano era dosato nelle urine e dopo un certo periodo di tempo, ucciso l'animale, era ricercato in tutti i tessuti del corpo, eccetto lo stomaco e l'intestino.

La nefrite era provocata iniettando acetato d'uranio.

Dagli esperimenti risulta che, mentre nei tessuti della cavia normale vi è una quantità trascurabile d'indacano, in quelli con nefrite la quantità era aumentata; questa, aggiunta a quella presente nelle urine, ha confermato l'opinione che la formazione dell'indacano aumenta invariabilmente nelle nefriti.

Partendo dal risultato sperimentale che l'aumento dell'indacano è in stretto rapporto con lo stato di appetito, l'A. pensa che l'aumento d'indacano in alcune malattie è legato a tale fattore.

Le ricerche riferite in un terzo articolo trattano il comportamento della formazione dell'indacano in alcune affezioni patologiche.

Sono stati osservati 14 bambini da 2 a 12 anni, affetti da diverse forme morbose.

Dal complesso di tali ricerche emerge che la quantità d'indacano formatosi nell'organismo è in intima connessione con lo stato di appetito; quando l'appetito manca, l'indacano aumenta, e quando l'uno migliora, l'altro diminuisce.

Questo ulteriore contributo decide il meccanismo di formazione dell'indacano, in rapporto all'origine batterica.

Stabilito che l'aumento dell'indacano dipende dallo stato dell'appetito e del digiuno, e che un processo consuntivo o il solo esercizio muscolare aumenta la formazione dell'indacano, ne deriva una evidente teoria abatterica della sua origine; tuttavia ulteriori ricerche sono necessarie per meglio chiarire tale problema.

CARUSI.

DIAGNOSTICA E CASISTICA.

I sintomi oculari in 100 casi di gozzo.

I malati sono stati divisi da Holloway, Fry and Wentworth (*The Journ. of the Am. Med. Assoc.*, n. 1, 1929) in 3 grandi gruppi:

1) iperplasia tossica;
2) adenoma tossico;
3) casi non tossici.

Le donne sono colpite più frequentemente degli uomini, nella proporzione di 7:1.

Con una scarsa frequenza fu riscontrato qualche disturbo dell'equilibrio muscolare (eso- endoforia), la rotazione dei bulbi era in genere completa.

L'esoftalmo è meno frequente di quanto si creda, giacchè, a parte l'asimmetria facciale o le deformità, esso può essere mentito da miopia, certe condizioni delle palpebre e paralisi oculari. Il segno di Graefe era assente nel 65 % dei casi non tossici: del resto la ricerca di questo segno va fatta con estrema cura e prudenza.

Il segno di Dabrymple, confuso spesso collo Stellwag, si associa spesso all'esoftalmo; la larghezza della rima palpebrale può essere aumentata, e diversa ai due lati. Lo Stellwag, veramente presente, è piuttosto raro; il Möbius era presente nel 19 % dei casi. Abbastanza frequente è invece il gonfiore, o edema, delle palpebre.

Si possono avere paralisi muscolari, da quelle isolate a quelle totali (oftalmoplegia); misurata col tonometro di Schiötz la tensione intraoculare si è aggirata, nella maggioranza, intorno ai 23 mm.

La compressione oculare non dà, il più sovente, modificazioni del ritmo cardiaco: più di rado dà rallentamento e, rarissimamente, un aumento dei battiti.

Sull'occhio si possono percepire, in ordine decrescente di frequenza, speciali rumori dovuti alle palpebre o alla congiuntiva, rumori respiratori, rumori cardiaci e rumori propriamente detti (Suellen).

I vasi retinici sono aumentati; la presenza di una pulsazione arteriosa, quando si possa escludere il glaucoma, ha un valore grandissimo.

Il campo visivo è ridotto alquanto nelle forme tossiche: la sua ampiezza diviene maggiore col progredire dell'esoftalmo.

In qualche caso, furono trovati scotomi.

V. SERRA.

Diagnosi differenziale fra adenoma tossico e gozzo esoftalmico.

I. Bram (*Endocrine Survey*, ott. 1928) dà le seguenti indicazioni:

Adenoma tossico	*Gozzo esoftalmico.*
1) Paziente di media età.	1) Paziente, di solito, giovane.
2) Il gozzo si presenta diversi anni prima dei sintomi.	2) Gozzo spesso assente, o di recente comparsa.
3) Gozzo essenzialmente adenomatoso, spesso di forma nodulare, generalmente grande, non pulsante, non compressibile, senza thrill e rumori.	3) Gozzo essenzialmente iperplastico, raramente grande, di solito simmetrico, spesso pulsante, compressibile, con thrill e rumori.
4) Rari l'esoftalmo e l'espressione ansiosa; mancano segni oculari.	4) Esoftalmo, espressione ansiosa e segni oculari, generalmente presenti.
5) Tachicardia non estrema, spesso manifestamente influenzata dal sonno e dalla digitale.	5) Tachicardia più pronunciata e non influenzata dal sonno e dalla digitale.
6) Comuni l'ipertensione e la degenerazione miocardica.	6) Comune l'ipotensione; la degenerazione miocardica si manifesta nei periodi tardivi.
7) Tremore spesso assente o grossolano ed atipico.	7) Tremore spesso presente e tipico.
8) Sintomi mentali relativamente lievi.	8) Sintomi mentali preminenti; eccezionalmente psicosi.
9) Non tendenza a crisi o remissioni.	9) Tendenza a crisi e remissioni.
10) Dermografia assente o non intensa.	10) Dermografia costante ed intensa.
11) Perdita di peso relativamente lieve.	11) Rapida perdita di peso.
12) Intervento chirurgico generalmente coronato da successo e senza ricadute.	12) Intervento chirurgico sulla tiroide di esito assai dubbio, spesso ricadute.

fil.

L'ingrossamento della milza nell'ipertiroidismo.

Era stato riscontrato sperimentalmente che gli animali nutriti con estratto tiroideo presentano aumento del volume degli organi viscerali e specialmente di nodi linfatici e della milza. W. Baldridge e R. Peterson (*The Endocrine survey*, dicembre 1927) in 114 pazienti con gozzo esoftalmico trovarono che 44 (30 %) avevano la milza palpabile, mentre nessuna causa di ingrossamento di essa poteva riscontrarsi nell'anamnesi. Invece, in 81 pazienti con gozzo adenomatoso, in 42 dei quali si aveva ipertiroidismo, si trovò la milza palpabile soltanto in tre.

L'ingrossamento della milza può attribuirsi all'antagonismo esistente fra essa e la tiroide; l'ipotesi più probabile però sarebbe quella che tale ingrossamento sia secondario alla cirrosi epatica o ad insufficienza cardiaca, oppure che la sple-

nomegalia sia una manifestazione dell'iperplasia linfoide, che è abbastanza generalizzata. È probabile che la durata del gozzo esoftalmico determini il grado di splenomegalia. *fil.*

Eritromelalgia e sindrome di Basedow.

L'eritromelalgia può associarsi al gozzo esoftalmico ma ciò è assai raro. Eugelen ne segnalò un caso. È quindi, data la rarità, interessante il seguente caso descritto da P. Sainton e P. Véran (*Gazette des Hôp.*, n. 56, luglio 1928).

Donna di 46 a. sofferente di Basedow tipico che non si modificò malgrado intense cure opoterapiche. Sei mesi dopo l'inizio dei disturbi basedoviani si lamentò di fenomeni dolorosi sopravvenienti a crisi, due o tre volte alla settimana, alle mani, che durante l'attacco divengono cianotiche senza gonfiore nè sudorazione. Questo rossore ha una topografia speciale: mentre al dorso si arresta a un cm. al disotto della testa dei metacarpi, alla palma si estende fino alla piega del polso. Questa disposizione nettamente segmentaria non risponde ad alcuna distribuzione radicolare e traduce senza dubbio una ripartizione speciale delle fibre vaso dilatatrici del simpatico.

L'influenza del freddo apparve in questo caso paradossale, infatti, mentre questi malati reagiscono in genere con una vasocostrizione che li solleva, in questo caso il freddo produceva una vasodilatazione dolorosa, ed il bagno caldo una vasocostrizione con riduzione del rossore.

L'iniezione sottocutanea di un milligrammo di tartrato di ergotamina provocò una vasocostrizione intensa, con scomparsa del rossore. Da varie ricerche fatte gli AA. concludono per l'esistenza generica di uno squilibrio durevole della innervazione delle arteriole, senza poter stabilire quanto si deva a paralisi dei vasocostrittori, e quanto alla eccitazione dei vasodilatatori. Tutto parla a favore della concezione simpatica della eritromelalgia. Gli AA. indagano poi i rapporti esistenti tra questa forma ed il Basedow, ma non vengono a conclusioni nette. L. TONELLI.

Sulla cura chirurgica del m. di Basedow.

D'accordo con i chirurgi americani, Bérard e Duret (*Prèsse méd.*, 13 giugno 1928) credono principale la cura chirurgica nel morbo di Basedow. L'intervento dev'essere preceduto da pratiche igieniche e cure mediche, da correnti galvaniche, da radio e radiumterapia, queste ultime applicate con prudenza, per evitare lo scatenarsi di crisi tossiche, del mixedema, della tetania, o lo stabilirsi di aderenze che rendono difficile l'intervento.

Come cura medica, bisogna sottoporre i pazienti a somministrazione di jodo a piccole dosi, terapia tornata in onore in questi ultimi tempi.

Labbé riferisce che la dose media di gr. 0.10 al giorno dà risultati superiori alla radioterapia.

I disturbi cardiaci sono trattati con il chinino e la chinidina.

L'intervento dev'essere praticato dopo queste cure, e se il cuore non mostra segni d'insufficienza; in quest'ultimo caso, anzichè praticare la tiroidectomia totale, si può procedere a tappe, cominciando a legare dapprima una o due arterie tiroidee.

Subito dopo l'intervento, somministrare jodo, digitale, borsa di ghiaccio al capo e sulla regione precordiale.

I successi, con tale metodo, sono dell'80-95 %.

CARUSI.

TERAPIA.

Nuove vedute sulla cura locale dell'acne.

Un nuovo contributo alla cura dell'acne è stato ottenuto, secondo Blum e Meyer (*Le Bullet. médical*, n. 18, 1929), con l'impiego del batteriofago e dell'actinoterapia.

L'uso del batteriofago polivalente (l'agente dell'acne non è conosciuto) è stato applicato alle forme ribelli pustolose e tuberose, quando il paz. disperava ormai di guarire: in ogni pustoletta, previa spremitura, si iniettano 1/10-2/10 di cmc. dell'ampolla del batteriofago: la sera stessa si ha una leggera reazione: dal giorno seguente comincia il miglioramento. Il meccanismo di tale azione non è ancora noto.

L'attinoterapia — metodo già conosciuto — è oggi usato coll'attinocauterio: si stabilisce anzitutto la sensibilità cutanea, generalmente sul dorso, determinando la distanza e la durata necessarie per avere l'eritema e la porpora. In seguito si attaccano di giorno in giorno i vari campi cutanei colpiti, avendo cura di proteggere le parti sane e gli occhi. La prima dose sarà uguale ad una dose « porpora ». Sui punti ribelli o mal attaccabili con l'attinoterapia diffusa, si torna con l'attinocauterio, concentrando cioè i raggi a mezzo di una lente di quarzo. A trattamento completo, l'A. consiglia l'applicazione per 1/2 ora-1 ora di una pomata a base di zolfo: si associno naturalmente un trattamento igienico e uno dietetico convenienti. Le irradiazioni possono essere seguitate a intervalli.

V. SERRA.

Nelle dermatosi delle narici.

Trattare anzitutto la causa di irritazione locale (riniti, sinusite); per l'eczema, trattamento generale, con lassativi salini e regime vegetariano.

Per fare cadere le croste, usare un tampone di cotone imbevuto con acqua bicarbonata bollita e calda, da lasciare per qualche ora. Cadute le croste, fare uso della seguente pomata:

Balsamo del Perù	cg. 10
Essenza di rose	gocce 1
Ossido di zinco	
Vaselina	
Lanolina	ana g. 5

Contro l'*impetigine*, tamponi di cotone imbevuti con acqua di Alibour, diluita con otto volte il suo volume di acqua bollita; lasciare per 4 ore ed applicare la pomata seguente:

Calomelano	cg. 50
Vaselina	
Ossido di zinco	ana g. 10

Fare tale medicazione tutte le mattine.

Si possono toccare le piccole ulcerazioni con un pennello fine imbevuto con una soluzione di nitrato d'argento a 1/10, per 3-4 giorni di seguito.

Come cura interna, per gli scrofolosi, olio di fegato di merluzzo.

In casi di follicolite, si consiglia di tagliare i peli, di fare spennellazioni, mattina e sera, con il liquore di Van Swieten seguite da unzioni con:

Ossido giallo di mercurio	g. 1
Essenza di rose	gocce 1
Lanolina	
Vaselina	ana g. 10

In qualche caso possono essere utili gli effluvi di alta frequenza.

(*Journ. des praticiens*, 16 marzo 1929).

fil.

Trattamento del prurito.

1) *Prurito senza lesioni locali*: *a*) al momento della crisi: lozioni calde con acqua bollita a cui si sia aggiunto dell'aceto (3 cucchiai per litro). Asciugare senza sfregare, ma tamponando e spolverare con talco od altra polvere inerte. Invece dell'aceto, si può usare dello spirito canforato o del cloroformio nelle stesse proporzioni, oppure dell'ittiolo o del coaltar.

Evitare, ad ogni modo il sublimato, l'acido fenico, il mentolo ed anche il cloralio che hanno per le mucose un certo grado di causticità. In caso di prurito intollerabile ricorrere a suppositori rettali o vaginali alla morfina.

b) Fra le crisi, ricoprire la regione con una pomata, all'ossido di zinco (g. 1,50 in 30 g. di cerato bianco senza acqua), oppure con: Vaselina, Lanolina, Olio di mandorle dolci, Acqua di rose, ana g. 10.

Se vi è umidità, spolverare con talco o miscela di talco, ossido di zinco e sottonitrato di bismuto, a parti uguali.

2) *Pruriti complicati*: *a*) *eczematizzati*. Niente pomate. Nitrato d'argento a 1/20, cauterizzando; linimento oleo-calcare (a medicazione permanente). In seguito, usare prudentemente e progressivamente delle paste all'ittiolo e lo spolveramento.

b) *Infettati*. Per le ragadi e le follicoliti, usare degli antisettici, per toccamenti e spennellature: acqua di Alibour, pura; nitrato d'argento a 1/10, alcool jodato a 1/50. Vi si può aggiungere una pasta od una crema:

Solfato di zinco	
Solfato di rame	ana cg. 20
Ossido di zinco	g. 5
Cold cream fresco	» 30

Contro l'infezione locale, si può usare il trattamento vaccinico (stock-vaccino od autovaccino) che però ha azione infedele e discutibile.

c) *Lichenificati*. Sabouraud (*Journ. de méd. de Paris*, 11 apr. 1929) consiglia il catrame, a parti uguali con lanolina. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Fecondazione artificiale. — Al dott. C. A., Tripoli di Siria:

Nessuna disposizione legislativa considera la fecondazione artificiale fra coniugi e non coniugi.

L'argomento fu ampiamente trattato nel 1925 alla Società Ginecologica di Monaco.

DR.

All'abb. n. 5678:

Consulti: LATTES. *L'individualité du sang*. Masson éd., Paris. *fil.*

VARIA.

Superiorità di razza.

Un volume di Rose Annie Rogers (*L'île abandonnée*, traduz. dall'inglese, edit. Simon Kra, Parigi) dà interessanti notizie sull'isola Tristan da Cunha, ove l'autrice visse tre anni insieme al marito, pastore evangelico.

L'isola fu scoperta nel secolo XV da un portoghese che le diede il nome. Sorge nell'Atlantico meridionale, lontana da tutte le linee di navigazione. Fu a lungo rifugio di pirati. Gli inglesi la occuparono poco dopo aver confinato Napoleone a S. Elena, perchè temevano che i francesi ne formassero una base per tentare un colpo di mano onde liberare l'imperatore. Vi trovarono un vecchio pirata superstite, italiano. I soldati inglesi portarono con sè vari animali domestici. Alcuni ottennero di stabilirvi le famiglie e, spento Napoleone, chiesero di restare. Più tardi un naufragio rigettò nell'isola qualche nuovo colono; vi fu trasportata qualche ottentota, che contribuì all'aumento demografico. Nel 1890 vi furono rigettati, da un naufragio, due marinai genovesi, di cui uno sottufficiale della marina italiana. Essi hanno sposato delle fanciulle isolane. I due ceppi italiani hanno prosperato tra una popolazione di soli 140 abitanti, in maggioranza inglesi, in parte meticci (anglo-ottentoti). Ora si offrono condizioni eccezionali per un confronto: la Rogers rileva che i due ceppi di origine italiana sono superiori, antropologicamente, agli altri, per la robustezza fisica e per la resistenza alle condizioni dell'ambiente.

Il volume contiene anche interessanti rilievi epidemiologici. Per es., ad ogni arrivo di navi (ad intervalli di 2-3 anni) segue una scia di influenza, la quale va poi spegnendosi.

O. F.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Tutela delle operaie ed impiegate durante il periodo della gravidanza e del puerperio.

Con decreto legge 13 maggio 1929, n. 850, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 6 giugno n. 131, sono state emanate disposizioni per la tutela delle operaie ed impiegate durante lo stato di gravidanza e di puerperio. Nelle aziende industriali e commerciali di qualunque natura, anche se abbiano carattere di istituto di insegnamento professionale o di beneficenza e nelle loro dipendenze non possono essere adibite al lavoro le donne durante l'ultimo mese di gravidanza e nel primo mese dopo il parto. In via eccezionale può essere consentita in base a certificato medico la riduzione a tre settimane prima e a tre settimane dopo il parto del periodo d'interdizione del lavoro.

Il datore di lavoro conserverà il posto alle operaie delle aziende industriali e commerciali che si assentano per la causa suddetta, anche se rimangano assenti per un periodo più lungo in conseguenza di una malattia prodotta dallo stato di gravidanza o di puerperio, non oltre però la durata complessiva di tre mesi.

Il datore di lavoro deve dare alle madri, da lui occupate, che allattano direttamente i propri bambini, e per un anno dalla nascita di essi, due periodi di riposo durante la giornata di lavoro per provvedere all'allattamento. Questa concessione è indipendente da quella prescritta dall'art. 8 della legge 10 novembre 1907 n. 818. Il periodo di riposo ha la durata di un'ora, quindi complessivamente due ore per ogni giornata di lavoro. Se, invece, il datore mette a disposizione delle operaie od impiegate una camera di allattamento, i periodi di riposo saranno di mezz'ora ciascuno.

La legge 24 settembre 1923 n. 2157 sulla Cassa Nazionale di Maternità è estesa a tutte le operaie ed all'impiegate delle aziende industriali e commerciali, escluse le impiegate che hanno retribuzione mensile superiore a L. 800.

La misura del sussidio stabilita per il caso di parto dall'art. 4 della legge 24 settembre 1923 n. 2157 è elevata a L. 150.

Alle donne soggette all'obbligo dell'assicurazione contro la disoccupazione involontaria compete per il periodo di astensione al lavoro sopra indicato il sussidio di disoccupazione secondo la disposizione del decreto 30 dicembre 1923 n. 3158 con decorrenza dal primo giorno dell'astensione. Il sussidio è aumentabile di L. 0.50 al giorno.

Il testo del decreto è pubblicato integralmente nella Rivista « Il diritto pubblico sanitario », fascicolo 6°.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXVI. - Concorsi: interesse di agire.

Due concorrenti al posto di chirurgo primario di ospedale furono graduati primi *ex aequo*. Uno di essi ricorse al Consiglio di Stato contro la nomina dell'altro, per vizio della graduatoria, cioè del giudizio della Commissione. Il resistente dedusse che il ricorso era inammissibile, per difetto di interesse.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 22 giugno 1929 n. 371, ha respinto questa eccezione ed ha dichiarato ammissibile il ricorso, per queste considerazioni: « La classifica nel primo posto, a parità di giudizio con altri, in una graduatoria di concorso al posto di medico chirurgo primario, non può obbiettivamente raffigurarsi identica alla classifica di *primo assoluto*, la quale non può disconoscersi che abbia una portata effettiva di maggior pregio non solo nell'ambito interno del concorso e dell'amministrazione che l'ha indetto, ma anche all'infuori per il prestigio e la dignità di una carriera professionale che il concorrente aspiri di vedere altamente valutata nel giudizio a cui si è sottoposto. Nè la facoltà di scelta, che spetti all'amministrazione alla quale sia deferita la nomina fra i primi classificati sminuisce o annulla il valore pratico dell'osservazione, perchè non può negarsi a priori che l'amministrazione sia indotta a seguire un comportamento diverso di fronte ad una graduatoria in cui più non figuri parità di giudizio di un concorrente con altro; faccia cioè cadere la nomina sul primo classificato assoluto ».

Questa risoluzione sembra correttissima. Ciascun concorrente ha interesse alla regolarità del procedimento e alla legittimità formale e sostanziale del giudizio.

L'interesse di lui non si concreta soltanto nella valutazione massima, potendosi ragionevolmente pretendere che la graduatoria, sulla quale l'amministrazione deve provvedere alla nomina, sia regolare e legittima anche per gli altri concorrenti utilmente classificati. Se l'amministrazione fosse vincolata a nominare il primo graduato e un solo concorrente fosse graduato primo, mancherebbe l'interesse del primo classificato ad impugnare la graduatoria, salvo ad agire contro la deliberazione di nomina, se il diritto di lui fosse violato; ma, in illegalità del procedimento e del giudizio, ciascun concorrente ha interesse giuridico di ricorrere contro la nomina deliberata dall'amministrazione se l'attività o il giudizio della Commissione siano illegittimi e si deduca quindi la invalidità della base dell'atto di nomina.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Servizio medico agli impiegati iscritti ai Sindacati in provincia di Milano.

Tenuto presente che ben poche sono attualmente le Casse malattia a favore degli impiegati privati, l'Ufficio provinciale di mutualità e previdenza di Milano, nell'intento di accordare anche ad essi la più larga assistenza, è venuto nella determinazione di estendere il servizio medico curativo a tutti gli impiegati regolarmente iscritti ai Sindacati Fascisti.

Col tenue contributo di L. 1,50 mensili per ogni iscritto e per ogni componente della famiglia, si ha il diritto ai seguenti vantaggi: cura e consulenza medica, chirurgia, ostetricia, ginecologia, gratuite tanto in ambulatorio quanto a domicilio; cura gratuita in tutte le specialità ambulatorie ed a giudizio dello specialista, anche domiciliare. Sono escluse le malattie della bocca e dei denti per le quali si applicherà una tariffa ridotta; esami chimici, microscopici, batteriologici, radiografici e radioscopici gratuiti; atti operativi gratuiti in ambulanza, a domicilio od in Case di salute; degenza in ospedali od in Case di salute, designate dalla direzione sanitaria, gratuita per il periodo di 45 giorni; riduzioni sui prezzi dei medicinali non appena saranno presi i relativi accordi col Sindacato farmaceutico.

I contributi dovranno essere versati all'Ufficio provinciale. La deliberazione incontrerà il favore e la simpatia della classe impiegatizia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). *Ospedale Civico di San Giuseppe.* — Scad. 20 sett.; chirurgo direttore; triennio di aiuto chir. effettivo in grande ospedale o clinica chir.; L. 15.000 oltre c.-v.

ARCIDOSSO (*Grosseto*). — Scad. 31 lug.; L. 10.500 e c.-v. in L. 700, 3 quadrienni dec.; per Montelaterone; tassa L. 50,10.

ATTIGLIANO (*Terni*). — Scad. 31 lug.; v. fasc. 28.

CASTIGLION FIBOCCHI (*Arezzo*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e c.-v., oltre L. 500 uff. san.

CHIARI. *Spedale Mellini.* — Al 15 ag., ore 17; medico primario; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; stip. L. 10.000 e c.-v.

CHIVASSO (*Torino*). *Ospedale Civico.* — Scad. 31 lug.; v. fasc. 28.

COLORINA (*Sondrio*). — Consorzio con Fusine e Cedrasco. Stipend. L. 8500 lordo, con 5 aumen. quinq. a partire dal termine biennio di prova e per un massimo di 700 poveri aventi diritto cura grat. Indennità annua trasferta L. 640, per mezzo trasporto L. 700 e per inc. Uff. San. lire 1000. Caro viv. di legge. Domande, docum. e tassa conc. L. 50,15 alla Presidenza Consorzio Sanitario comune Colorina. Scadenza 20 agosto.

COPPARO (*Ferrara*). — Scad. 31 lug.; v. fasc. 28.

CORROPOLI (*Teramo*). — A tutto 31 lug.; ab. 4768; iscritti 610; età lim. 40 a.; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp., L. 500 uff. san.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 21 giu.

CREVALCORE (*Bologna*). — È riaperto il conc. alla 2ª cond.; scad. un mese dall'8 lug.

FIRENZE. *Spedale S. Giovanni di Dio.* — Aiuto chirurgo; L. 5200, c.-v., compartecipaz. 10 %; tassa L. 50. Scad. ore 16 del 31 lug.; età lim. 32 a.; chied. annunzio Segreteria (via Borgognissanti 16).

FUSCALDO (*Cosenza*). — A tutto 31 ag.; v. fasc. 28.

ITRI; v. ROMA.

LECCE. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari per: Cutrofiano, Melissano, Muro Leccese, San Cesario, Taviano, Trepuzzi, Tricase; domande all'Ufficio del Medico Provinc.; scad. ore 18 del 27 ag.

LUCCA. — Scad. 31 lug.; per Moriano S. Gemignano; v. fasc. 28.

MANTOVA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore tecnico; a ore 19 del 10 ag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 4 lug.; L. 17.800 aumentabili a L. 20.500 oltre supplem. L. 5500 e L. 6000 direz. dispensarî; indenn. di L. 15 e di L. 30 per trasferte in prov.; inibito eserc. profess.

MONTAIONE (*Firenze*). — Scad. 31 lug.; v. fasc. 28.

MONTAPPONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 31 lug.; v. fasc. 28.

MORRO D'ALBA (*Ancona*). — Scadenza 5 agosto; v. fasc. 28.

NOVARA. *Ospedale Maggiore della Carità.* — Direttore medico, primario medico e primario tisiologo; scad. ore 18 del 31 ag.; stip. rispettiv. lire 30.000, L. 4000 e L. 4000; serv. att. L. 8000, lire 1300 e L. 1300; al direttore è fatto divieto dell'eserc. libero; ai primarî di assumere o conservare incarichi retribuiti presso altri Istituti ospedalieri, ambulatori o case di salute del Comune. Età lim. 45 a.; doc. non anter. al 31 mar. Per le altre condizioni chiedere avvisi. Letti 700.

OLMEDO (*Sassari*). — Scad. 30 lug.; L. 11.300 oltre c.-v. in L. 840.

ORUNE (*Nuoro*). — Scad. 15 ag.; 2ª cond.; lire 9500 e c.-v.; tassa L. 50,10.

PENNABILLI (*Pesaro Urbino*). — Scad. 31 lug.; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., addizionali L. 2 da 500 a 1000 poveri e L. 1 oltre; L. 500 uff. san. anche per la 2ª condotta; L. 3500 cavallo; tassa L. 50,15.

PERUGIA. *Amministraz. Provinciale.* — Assistente Sez. Medico-Micrografica Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo lire 10.000, aument. a L. 15.000 con 5 scatti quadr. di L. 1000 ciasc. Indenn. serv. attivo lorde lire 2800, e caro viv. Per altre notizie rivolgersi Segreteria Gener. Provincia in Perugia. Scadenza ore 18 del 31 agosto.

PINGUENTE (*Istria*). — Scad. 28 lug.; L. 13.000 oltre c.-v. e L. 2000 se uff. san.

POZZAGLIA SABINA. — Scad. 4 ag.; L. 10.500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; uff. san. L. 400; 4 quadrienni.

Prignano sulla Secchia (*Modena*). — Scad. 3 ag., 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Bari IV (Bari), Cesenatico (Bologna), Ordona (Foggia), Crema (Milano), Marigliano (Napoli), Corleone e Canicatti II (Palermo), Carsoli e Talamone (Roma), Alba, Busca, Moncalieri I, Romagnano Sesia e Settimo Torinese (Torino), S. Candido (Trento), Cormons (Trieste), Bassano del Grappa, Calalzo, Pieve di Cadore e S. Stino di Livenza (Venezia).
Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 24 agosto 1929.

Roma. *O. N. Protezione Maternità e Infanzia.* — Direttore sanit. casa di Maternità « Alma Terra Italica » al R. Parco in Torino; a tutto 10 agosto (ore 24); età 35-50 a.; L. 14.000, vitto e alloggio. Chied. avviso (piazza Adriana 20, Roma).

Roma. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Itri; a tutto 20 ag.; L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni dec.; c.-v.; divieto libero esercizio (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50,20; doc. a 3 mesi dal 30 giu.

Rovigo. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore Sez. Medico-Micrografica Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esame, con norme R. Decreto 16-1-1927, N. 155. Stipend. iniziale lorde annue L. 16.000. Cinque aumen. periodici di lorde L. 1.600; riconoscimento, agli effetti aum. periodici, del serv. prestato presso Amministr. Governative, Provinc. e Comunali in posti di pianta od analoghi. Indenn. di carica lorde annue L. 1500 e caro viv. come impiegati provinciali. Obbligatoria a carico nominato iscriz. alla Cassa di Previdenza. Il nominato dovrà assumere servizio entro 20 giorni dalla ricevuta della partecipatagli nomina. Termine utile presentazione domande 20 settembre 1929.

S. Costanzo (*Pesaro*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cav.; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,15.

Sansevero (*Foggia*). — Scad. 31 lug.; L. 9200 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; non è corrisposta indennità malaria o d'altra natura; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

S. Maria Capua Vetere (*Napoli*). — Scad. 19 ag.; v. fasc. 28.

Villa S. Lucia (*Aquila*). — Proroga 31 lug.

Venezia. *Ospedale Civile.* — A tutto 17 ag.; aiuto nella Divisione Pediatrica Umberto I; lire 4560 per i coniugati, L. 4200 per i celibi, vitto, alloggio nel riparto; titoli ed esami; nom. biennale, conferma per un anno; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 4 lug. Chied. annunzio.

Zuccarello (*Genova*). — Consorzio; scad. 25 ag.; L. 10.200.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Raffaele Paolucci, di patologia chirurgica a Bari, è chiamato a coprire la cattedra di clinica chirurgica presso la R. Università di Parma.
Rallegramenti sentiti.

Il prof. Giorgio Tron è nominato direttore dei servizi igienici sanitari del Comune di Milano, posto già tenuto dai proff. G. Bordoni Uffreduzzi e A. Scarpellini.
Cordiali rallegramenti.

Con decreto Prefettizio è stato nominato presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma l'on. prof. Ermanno Fioretti che ha insediato il nuovo Consiglio di Amministrazione nella Sede dell'Ordine al Corso Vittorio Emanuele, n. 24.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Firenze:

Lotta antitubercolare.

Per iniziativa del Consorzio Provinciale antitubercolare nella seconda quindicina del mese di maggio è stato tenuto dai vari Professori della nostra Facoltà di Medicina un corso accelerato di tisiologia. Ad esso si sono iscritti i medici condotti della Provincia e numerosissimi professionisti, i quali hanno potuto ascoltare la parola dei Maestri sopra argomenti che oggi, mentre la lotta antitubercolare prosegue il suo aspro cammino, tanto appassionano.

Le lezioni impartite hanno avuto per oggetto l'anatomia patologica, l'igiene, la patologia generale, la patologia medica, la clinica generale medica e chirurgica e di specialità, la diagnostica radiologica, la terapia con speciale riguardo al pneumotorace artificiale.

Il corso è stato seguito con grande interesse e assiduità e alla fine di esso tutti gli inscritti hanno festeggiato i Professori della Facoltà offrendo loro un banchetto alla Casa del Fascio.

Per il Sen. Lustig.

Le onoranze organizzate dal Comitato Promotore per festeggiare il 40° anno d'insegnamento del prof. sen. A. Lustig si sono svolte in forma solenne il giorno 30 maggio u. s. nell'aula dell'Istituto di Patologia Generale. Ad esse hanno inviato la loro adesione le più alte cariche dello Stato, dell'Esercito, della Marina, tutte le personalità della scienza italiana e estere.
(Ne abbiamo già dato notizia nel N. 27).

Festa annuale del corpo della Sanità Militare.

Nel cortile della Scuola di Sanità Militare si è svolta l'annuale festa dell'Arma alla presenza di tutte le autorità e delle rappresentanze del Presidio. I colonnelli Palmieri, direttore di Sanità Militare, prof. Bucciante, direttore della Scuola, Volpe, direttore dell'Ospedale Militare, hanno ricevuto le personalità intervenute e fatto con molta signorilità gli onori di casa.

È stata celebrata una Messa al Campo, e, dopo che il col. Palmieri ha ricordato lo scopo della festa, il cap. med. Bianchini ha pronunciato il discorso ufficiale, esaltando l'opera e il sacrificio del medico militare, consacrato in modo imperituro nel bel monumento del Minerbi alla memoria del Medico caduto in guerra che orna il cortile della Scuola stessa.

P. Canale.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano per il progresso delle Scienze.

La Società Italiana per il progresso delle Scienze ha indetto la sua 18ª riunione dal 18 al 24 settembre in Firenze.

La Società è posta sotto l'alto Patronato del Re, ed è presieduta dall'on. prof. Gian Alberto Blanc. La Giunta esecutiva del Comitato ordinatore del Congresso è presieduta dall'on. sen. principe Piero Ginori Conti.

In occasione del Congresso si aduneranno molte altre Società e Associazioni.

A classi riunite avranno luogo discorsi dei proff. Filippo Bottazzi (Risultati delle indagini promosse dal Consiglio Nazionale delle Ricerche sull'alimentazione nazionale), Dante de Blasi (Lotte antimalariche e bonifica integrale), Alfredo Conti (Medici e naturalisti nel secolo XVII) ecc.; nella classe B. sono preannunziati discorsi dei proff. S. Belfanti, G. Bilancioni, A. Castiglioni, A. Herlitzka, L. Lattes, N. Pende, S. Visco, L. Zoia e numerose comunicazioni (O. Casagrandi, G. A. Chiurco, G. Di Guglielmo, A. Donaggio, P. Dorello, A. Ferrata, C. Gamna, A. Monti, D. Ottolenghi, G. Ovio, O. Polimanti, L. Riccitelli, P. Rondoni, P. Sisto, L. Tommasi, A. Trambusti, G. Zagari).

Sono in programma vari ricevimenti e alcune gite (a Larderello, alla Verna, ecc.).

I soci potranno usufruire del ribasso ferroviario concesso per l'Esposizione di Storia delle Scienze.

Per informazioni e programmi rivolgersi al segretario della Giunta, prof. Giovanni Sansone, piazza S. Marco 2, Firenze. Per quanto concerne alloggi, pensioni ed escursioni, rivolgersi all'Ente per le Attività Toscane, via dei Ginori, 13, Firenze.

" Foederatio internationalis electro-radiotherapiae ".

Si è costituita a Parigi, sotto la presidenza del dott. Foveau de Courmelles. Scopo dell'associazione è di contribuire allo sviluppo ed alla conoscenza dell'elettro-radioterapia, incoraggiando gli studi fisici e biologici ad essa attinenti, promovendo un largo scambio d'idee fra tutti coloro che direttamente o indirettamente si occupano di elettro-terapia (clinici generici, specialisti radiologi, fisici, costruttori di strumenti elettro-radioterapici, ecc.), coordinando i lavori e gli studi della specialità e favorendo la loro diffusione. Questo scopo sarà raggiunto principalmente mediante l'organizzazione di riunioni scientifico-pratiche, mediante la costituzione di sezioni nazionali autonome, mediante la pubblicazione di un organo centrale della Federazione, nonchè di organi nazionali per le singole Sezioni. La « Internationale Radiotherapie », l'importante rivista fondata dal Dr. Wetterer, sarà organo ufficiale della Federazione, e di esso verranno pubblicate, appena possibile, edizioni nelle principali lingue europee (italiano, francese, inglese). Il Consiglio direttivo della Federazione è costituito, per i primi cinque anni, dai promotori, nonchè da rappresentanti eletti dalle singole Sezioni, a misura che queste si andranno costituendo. Per quelle Nazioni nelle quali non fosse possibile costituire una sezione autonoma, verranno invitati i più autorevoli rappresentanti dell'elettro-radioterapia locale a far parte del Consiglio direttivo, in proporzione ai soci iscritti. Fanno parte finora del Consiglio direttivo: Roffo e Capizzano (Argentina); Holzknecht e Dauwitz (Austria); Declairfayt (Belgio); Wetterstrand (Finlandia); Foveau de Courmelles (Francia); Wetterer (Germania); Spinelli e Alberti (Italia); Gentil e Guedez (Portogallo); Recasens (Spagna); Snow (Stati Uniti d'America); Chilaiditi (Turchia).

" Societas otorinolaringologica latina ".

Si è costituita recentemente. Soci fondatori italiani sono: Bilancioni, Brunetti, Calamida, Caliceti, Citelli, Malan. La prima riunione avrà luogo a Madrid, durante il prossimo novembre, sotto la presidenza onoraria del prof. Loeper, presidente della Federazione della Stampa medica latina. Della nuova società possono far parte gli oto-rino-laringologi dei paesi latini dei due mondi e quelli che, pur non essendo tali, abbiano origine o tendenze latine. In ogni congresso si discuteranno soltanto le relazioni ed una questione scientifica posta all'ordine del giorno; le comunicazioni individuali sono escluse, il che salvaguarda le società oto-rino-laringologiche nazionali e locali da una minaccia contro la loro attività scientifica. Al congresso di Madrid le relazioni riguarderanno: « la setticemia di origine otitica » e « la flebite dei seni »; la questione discussa sarà: « meccanismo e reazioni dell'eccitamento labirintico »; infine il prof. Tapia terrà una conferenza sul cancro della laringe. Saranno ammesse tutte le lingue del ceppo latino.

Congresso italiano di microbiologia.

Nei giorni 27 e 28 maggio si è tenuto a Perugia il 1° Congresso della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia. La seduta inaugurale si è svolta al Palazzo Comunale, nel salone dei Notari; parlarono il vicepodestà prof. Guardabassi, il preside della Facoltà Medica prof. Agostini, il presidente della Società prof. Belfanti; questi lesse poi la sua relazione, che illustra la vasta portata della microbiologia; informò che i soci sono oltre 200 e che del Bollettino si tirano 4700 esemplari, di cui oltre 200 per omaggio all'Estero e circa 100 per cambi con l'Estero.

Nella seduta successiva si discussero e si approvarono la relazione del prof. Belfanti e lo schema di statuto preparato dal prof. Azzi. Si decise che il 2° Congresso si adunerà alla fine di marzo od ai primi dell'aprile 1930 in Milano e che avrà carattere eminentemente scientifico.

I congressisti parteciparono ad una visita collettiva ad Assisi.

Giornate mediche di Parigi.

Le seconde « Journées Médicales » di Parigi, organizzate dalla « Revue Médicale Française », hanno riunito più di 3000 medici francesi e stranieri. L'inaugurazione, avvenuta il 9 giugno nel Palazzo delle Esposizioni, si svolse in un'atmosfera di calda simpatia; i discorsi di Delbet, presidente, di Faure, Balthazard, Marañon (per gli stranieri), Tixier e del ministro del Commercio, furono accolti da calde manifestazioni di plauso.

Le conferenze e le dimostrazioni, che durarono fino al 12 giugno, attrassero moltissimi uditori; particolarmente notata fu la conferenza di Roussy, del centro anticanceroso di Villejuif, sulla lotta sociale contro il cancro.

Al successo hanno contribuito il Comitato delle Esposizioni, presieduto da Faure, e il Comitato dei festeggiamenti, presieduto dal barone Henri de Rotschild. L'esposizione di prodotti farmaceutici comprendeva un numero considerevole di stands.

Il programma ha associato, ad un insegnamento sostanziale, molti e vari trattenimenti.

Il successo prova che le « Giornate Mediche » sono la realizzazione d'una idea feconda e che esse corrispondono ad una necessità sentita dai medici lontani dai centri di studio: aggiornare periodicamente le loro conoscenze nel campo pratico.

Giornate mediche di Bruxelles.

La 9ª sessione delle « Journées Médicales » di Bruxelles ha raggiunto un successo ancora maggiore delle precedenti. Ad assicurarlo ha contribuito la partecipazione di 5 Società mediche del Belgio: di ginecologia e ostetricia, di oftalmologia, di odontologia, di medicina preventiva ed eugenica, contro il reumatismo. I partecipanti hanno toccato quasi il numero di 2000. Erano ufficialmente rappresentati 24 Governi stranieri. Le Conferenze scientifiche di grandi maestri si sono susseguite in tre aule, sempre affollatissime. Sono state molto frequentate anche le dimostrazioni, tra cui richiamarono sovratutto l'attenzione, per il loro virtuosismo, quelle del chirurgo Eastmann Shehan di New York sulla plastica facciale (blefaroplastiche, rinoplastiche, ecc.). Numerose visite sono state fatte a Istituti, impianti, ecc. Le feste ed i trattenimenti si sono susseguiti ininterrotti. L'Esposizione internazionale di scienze e arti applicate alla medicina, chirurgia, farmacia e igiene, ha destato la generale ammirazione.

Congresso francese di chirurgia.

Il 38° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia è indetto a Parigi dal 7 al 12 ottobre, sotto la presidenza di Louis Tixier, professore di clinica chirurgica alla Facoltà medica di Lione.

Temi: 1) « Indicazioni e risultati dell'osteosintesi nel trattamento del morbo di Pott », relatori Rocher (di Bordeaux) e Sorel (di Parigi); 2) « Evoluzione e trattamento delle ferite dei tendini della mano », relatori Ch. Bloch (di Parigi) e Paul Bonnet (di Lione); 3) « Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare », relatori Léon Berard (di Lione) e Georges Lardennois (di Parigi).

Per informazioni rivolgersi al segretario generale dell'Associazione, rue de Seine 12, Paris (VI).

Congresso belga di neurologia e psichiatria.

Il 10° Congresso della serie (la quale era stata interrotta per la guerra, a partire dal 1914) avrà luogo a Liegi durante i giorni 26 e 27 luglio 1930, in occasione delle feste per il centenario dell'indipendenza belga; verrà anche festeggiato il 60° anniversario della Società di Medicina mentale del Belgio.

La presidenza onoraria è stata affidata al prof. X. Francotte. Temi: 1) « Angio-neurosi », relatori Divry e Moreau (di Liegi); 2) « Turbe congenite del linguaggio », relatore Jacques Ley (di Bruxelles). Una seduta sarà riservata alle comunicazioni. Quota: 50 franchi belgi. Per informazioni rivolgersi al segretario, dott. Leroy, rue Hemricourt 30 Liège (Belgio).

Congresso francese di stomatologia

Il 6° Congresso della serie si terrà a Parigi, nei locali della Facoltà Medica, dal 21 al 26 ottobre, sotto la presidenza del dott. Rousseau-Decelle. Temi: 1) « Le setticemie d'origine bucco-dentale », relatori: Thiebault e Raison; 2) « Trattamento chirurgico delle infezioni del peri-apice, raschiamento e resezione, risultati remoti », relatore Lacronique; 3) « Profilassi della carie dentale », relat. Léon Frey. Verranno pure prese in esame delle questioni d'ordine professionale e sindacale. Si accettano comunicazioni su tutti gli argomenti, ma si prega di dare la preferenza a quelle relative ai temi in discussione.

Al congresso sarà unita un'esposizione di strumenti e apparecchi. Avranno luogo delle visite a officine modello d'apparecchi e prodotti farmaceutici.

Le riduzioni ottenute dal Comitato per i viaggi in ferrovia sono del 50 % in Francia, 35 % Belgio, 30 % Italia, 20 % molti altri Paesi; per i viaggi aerei sono del 10 al 25 %.

La quota d'iscrizione è fissata in fr. 100 per i congressisti, fr. 60 per gli associati.

Le iscrizioni sono ricevute dal tesoriere, dott. Psaume, rue de Rennes 60, « compte chèques postaux », Paris, 923-76. Per informazioni complementari rivolgersi al segretario generale, dott. Leclercq, boulev. de la Madeleine 9, Paris; oppure alla segreteria permanente del Congresso, Faculté de Médecine (A.D.R.N.); rue de l'École de Médecine, Salle Béclard, Paris, VI.

L'Agence Exprinter (place de l'Opéra 6) si occuperà di quanto concerne i viaggi, le escursioni, gli alberghi.

Durante il Congresso si adunerà anche l'Associazione Stomatologica Internazionale.

Riunione medica di Tolosa.

In occasione delle feste pel 7° centenario dell'Università di Tolosa, l'8 giugno, si tenne una riunione medica. Nel grande anfiteatro della Facoltà il decano Abelous pronunziò una breve ma efficace allocuzione. Ebbero luogo 4 conferenze: Gley, « La fisiologia dell'individuo »; Bordet, « I fattori d'evoluzione nelle colture microbiche »; Toubert, « La modernizzazione del Servizio di Sanità militare »; Clavelier, « Le assicurazioni sociali sotto l'aspetto sindacale » (quest'ultima innanzi alla Federazione dei Sindacati Medici del Sud-Ovest).

Tra gli altri trattenimenti, va segnalato un ricevimento del gruppo tolosano dell'Associazione medica franco-ibero-americana, presieduta dal prof. Garipuy. Vi assisterono molti medici stranieri.

Corso di perfezionamento per le malattie tubercolari a Genova.

Con una lucida lezione del prof. Edoardo Maragliano, nella quale l'illustre clinico ha esposto in chiara sintesi le più recenti acquisizioni nel campo della patologia della tubercolosi, si sono chiuse le lezioni del corso di perfezionamento per le malattie tubercolari tenutosi in Genova. Il corso è stato illustrato da lezioni dei proff. Pende, Arloing, Perando, Tusini, Fabris, Radaeli, ecc. I numerosi frequentatori hanno voluto offrire al sen. Maragliano e ai suoi collaboratori un riuscito pranzo di commiato.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Presso la Facoltà Medica di Vienna avrà luogo il 34° corso internazionale di perfezionamento, dal 30 settembre al 13 ottobre; seguirà una settimana di seminariato, dal 14 al 19 ottobre. Corso ed esercitazioni saranno dedicati ai problemi medici d'attualità, con particolare riguardo alla terapia, e saranno specialmente riservati ai medici pratici.

Il 35° corso è annunziato dal 25 novembre all'8 dicembre e concernerà le secrezioni interne e i problemi costituzionali.

Si tengono molti altri corsi speciali.

Per informazioni e programmi rivolgersi al: Kursbürn der Wiener medizinischen Fakultät, Schlösselgasse 22, Wien VIII, Austria.

Corsi di perfezionamento a Berlino.

Avranno luogo con l'appoggio della Facoltà medica universitaria, della Riunione dei docenti per corsi di vacanze e della Casa « Kaiserin Friedrich ». Una parte dei corsi è permanente, altri si svolgeranno solo nei mesi di ottobre 1929 e marzo 1930:

1) *Corsi permanenti*: *a*) della durata di un mese e di 15 giorni di tutti i campi della medicina; *b*) posti d'uditori nelle cliniche, negli ospedali e nei laboratorii, della durata di due a tre mesi, eventualmente anche di più per chi voglia lavorare sotto direzione sistematica.

2) *Corsi nel mese di ottobre 1929*: Progressi della medicina interna, con riguardo alle malattie gastriche e intestinali (1-12 ottobre); neurologia, psichiatria e psicologia (14-19 ottobre); pediatria (14-26 ottobre); basi chimiche e fisiche della medicina (21-26 ottobre); oto-rino-laringologia (7-19 rispettivamente 26 ottobre); corsi singoli in tutti i campi della medicina con esercitazioni pratiche. (Gli onorari per questi corsi variano da 50 a 100 marchi).

3) *Corsi in marzo 1930*: Al mese di marzo 1930 sono in prospettiva dei corsi nei campi diversi della medicina interna. Nella chirurgia, per le malattie cutanee e genitali, di Röntgenologia.

Una settimana di perfezionamento d'ostetricia-ginecologia.

L'ufficio del Dozentervereinigung, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2-4, fornisce indicazioni e spedisce a richiesta programmi dettagliati.

Consorzio antitubercolare di Roma.

Sotto la presidenza del prefetto, gr. uff. dott. Umberto Ricci, si è tenuta in Roma una riunione cui hanno partecipato i vari Enti che s'interessano alla lotta antitubercolare.

Gl'intervenuti hanno riferito sui fini, i mezzi, l'opera compiuta e i propositi di ogni singolo Ente, specie riguardo all'assistenza degli infermi, alla profilassi o altre provvidenze.

Le Terme Stabiane.

Con le formalità richieste dalla Legge, il Comune di Castellammare si è immesso nel possesso delle sue gloriose « Terme Stabiane », in forza del Decreto Reale 13 maggio, che annullava il contratto di concessione 20 agosto 1925.

Il dott. Roberto Ausiello, commissario prefettizio di Castellammare di Stabia, ne rendeva edotta la cittadinanza con un manifesto in cui rileva che la volontà del Duce si afferma anche nell'intento di fare assurgere Stabia, preziosa gemma del Tirreno, a Stazione idroclimatica d'importanza internazionale.

L'assistenza infortunistica per gli iscritti all'Opera Balilla.

Come è noto, dallo scorso gennaio sono in vigore le norme che regolano l'assistenza infortunistica a favore degli iscritti dell'Opera Nazionale Balilla. Ora la Presidenza dell'Opera stessa ha impartito delle precise disposizioni per quanto concerne la stretta interpretazione delle norme in riguardo agli infortuni indennizzabili.

Perchè le denuncie dell'infortunio abbiano valore esse devono esser sottoposte ad un rigoroso vaglio da parte dei Comitati che le inoltrano, cioè devono rispecchiare fedelmente una lesione traumatica avvenuta nell'inscritto per causa veramente accidentale, e devono essere inoltrate alla Presidenza dell'Opera nel solo caso siano di una certa gravità.

Le denuncie d'infortunio devono essere fatte in base alle tassative disposizioni contrattuali sancite dalle condizioni generali di Polizza.

Gli infortuni prodotti dall'uso della bicicletta; quelli prodotti dall'uso dei veicoli, autoveicoli, imbarcazioni private comunque trainati o propulsi; quelli prodotti dal maneggio o dalla guida dei quadrupedi anche per equitazione; quelli prodotti dagli sports (foot-ball, sky, caccia, escursioni in alta o bassa montagna, esercitazioni in canotto) sono tutti esclusi tassativamente dall'indennizzo in quanto in essi non si riscontrano gli estremi giuridici dell'accidentalità. Solo nel caso in cui essi infortuni avvengono quando l'inscritto è inquadrato e sorvegliato dagli organi e dalle gerarchie dell'Opera, regolarmente comprovato ed accertato, l'indennizzo viene corrisposto.

Gli infortuni che avvengono col concorso della volontà o comunque per atti imprudenti, temerari e comunque arrischiati dovunque avvengono, anche se gl'inscritti sono inquadrati, non sono indennizzabili. Sia il medico, che per primo visita l'infortunato, sia il presidente del Comitato non devono in nessun modo dare corso a queste denuncie. Essi farebbero opera educativa se in questi casi, col non dare corso alle denuncie d'infortunio, richiamassero l'attenzione della famiglia ad una maggiore sorveglianza dei propri figliuoli e ad una maggiore comprensione dei fini che l'Opera Balilla persegue.

Per la diffusione dei metodi di salvataggio.

La Segreteria generale del Comitato Olimpionico Nazionale italiano comunica le seguenti de-

liberazioni prese dal presidente della Federazione italiana « Rari Nantes »:

« Perchè siano maggiormente diffusi i metodi di salvataggio o di primi soccorsi agli asfittici, la Presidenza della Federazione italiana di nuoto, d'accordo con la Società italiana di salvamento prescrive che in ogni provincia, a cura di comitati o commissari federali siano diffusi quei sistemi che in un primo tempo saranno limitati ad una prova di addestramento od una pratica di salvataggio ed una dimostrazione di soccorsi ad un asfittico per annegamento. L'importanza della conoscenza di tali metodi è tale che nel prossimo anno non sarà ammesso a gare di nuoto chi non comproverà di aver superato queste prime facili prove ».

Repressione del commercio degli stupefacenti.

La « Gazz. Uff. » pubblica un R. Decreto con cui viene approvato il regolamento per l'esecuzione della legge 18 febbr. 1923 sulla repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente.

Conferenza del sen. Santoliquido.

Nella sala dell'Ateneo di Ginevra il sen. Santoliquido ha tenuto una conferenza sulla lotta contro le malattie veneree e l'immoralità.

Toccando rapidamente e sinteticamente i punti più importanti del problema, per tracciare capisaldi di lotta e rilevare alcune note d'attualità, come quella relativa alla natalità, su questo punto riferendosi alle parole di S. E. Mussolini nella prefazione al libro « Diminuzione della natalità: morte dei popoli », ha documentato l'inesistenza della pretesa base biologica che alcuni adducono in appoggio alla tesi contraria.

Onoranze al prof. Parlavecchio.

Compiendosi il venticinquennio d'insegnamento del prof. Gaetano Parlavecchio, gli allievi e gli amici in occasione della chiusura del corso vollero tributargli un omaggio di affetto e di ammirazione. La cerimonia ebbe carattere intimo, poichè per desiderio del Maestro non si diramarono inviti; v'intervennero soltanto i pochi che ne furono informati, tra cui i proff. Cascino e De Luca, venuti espressamente dalle loro sedi.

Dopo la lezione di chiusura, l'aiuto prof. Cinquemani lesse un vibrante discorso e consegnò al Maestro un'artistica medaglia d'oro ed una pergamena; parlarono poi vari studenti. Rispose il prof. Parlavecchio, ringraziando ed incitando le nuove generazioni all'operosità congiunta all'integrità del carattere.

Onoranze al prof. P. Ferraresi.

Il 27 giugno l'O. P. degli Ospizi Marini di Roma e Provincia ha offerto con una solenne cerimonia — che ha avuto luogo nella villa Albani in Anzio alla presenza di alte autorità di Roma e della Provincia e della rappresentanza dei medici — all'esimio prof. comm. Paolo Ferraresi una medaglia d'oro di benemerenza per venticinque anni di servizio in quell'ospizio marino in qualità di direttore e di chirurgo operatore.

Il Ferraresi fu uno dei primi chirurghi in Roma che applicò in larghissima scala l'ortopedia operatoria. È direttore dell'Istituto Regina Margherita della Congregazione di Carità. Stimato ed amato per la sua valentia e il suo carattere mite è stato uno dei chirurgi più in vista della capitale. Una quantità di colleghi ricorsero all'opera sua trovando in lui, oltre l'abile operatore, un vero fratello pieno di bontà e di premure. Quando lasciò gli Ospedali Riuniti di Roma, moltissimi anni fa, i colleghi vollero offrirgli il tradizionale banchetto di addio, e fu notata con commossa curiosità un'intiera tavola occupata da medici, tutti da lui operati.

Scandali medici a Parigi.

Un processo svoltosi al Tribunale Correzionale di Parigi contro il dott. Gaston Perrier, incolpato di truffe perpetrate mediante la simulazione d'infortuni, ha posto in luce che il predetto dottore soleva, ad ogni prima visita, pagare lui il falso infortunato, corrispondendogli un piccolo premio di 20 franchi: in tal modo egli avrebbe distribuito 370.000 franchi. Nel 1927 denunziò al fisco un guadagno di 780.000 franchi e nel 1928 di 1 milione.

L'« Hygiène Sociale » riferisce questo fatto, per comprovare l'utilità che presenterebbe, in Francia, l'istituzione di un Ordine dei Medici.

Infortuni di sanitari.

Il prof. C. Laccetti, degli Ospedali Riuniti di Napoli, per una lieve ferita prodottasi ad un dito durante un'operazione ha contratto un grave flemmone settico, da cui è guarito con difficoltà.

Condanna di un medico.

La Corte d'Assise di Berlino ha condannato a morte il dott. Richter, sotto l'accusa di aver avvelenato con la strofantina la propria amante, signora Mertens, che intendeva farsi sposare dal medico.

Farmacista assolto.

Il farmacista Ventura Spadaro, di Catania, era stato condannato dal pretore urbano a L. 1200 di multa per avere venduto delle specialità medicinali a prezzo inferiore di quello segnato; ma la Corte d'Appello lo ha assolto, perchè il fatto imputatogli non costituisce reato.

Prof. CARLO FRANCIONI.

La morte del prof. Carlo Francioni priva l'Ateneo bolognese di uno dei suoi rappresentanti più nobili e più degni, e toglie alla scienza pediatrica italiana un cultore fra i più provetti e stimati. Nato a Firenze nel 1877 e laureatosi in Medicina nel 1901, egli aveva approfondito i suoi studi ed educata la sua mente alla scuola del Mya, del quale fu prima assistente e poi aiuto. Fin dal 1915 e cioè da ben 14 anni egli dirigeva la locale Clinica Pediatrica, che, a prezzo di sforzi infiniti, aveva portato ad un grado di perfezione tale da trasformarla in uno degli Istituti più ammirati d'Italia. Ivi, nell'esercizio quotidiano delle sue mansioni di direttore di clinica e di medico, egli aveva avuto modo di esplicare con costanza

ammirevole quelle doti rarissime di uomo, di scienziato e di insegnante per le quali tutta la cittadinanza bolognese indistintamente lo ammirava e l'amava. Nell'uomo spiccavano come qualità essenziali l'onestà più cristallina, la modestia, la sincerità dell'animo e la bontà estrema, non abbastanza nascosta da un'apparenza a volte burbera, dovuta alla innata timidezza del suo carattere. Le doti del medico e dello scienziato erano insigni: la estrema serietà di intenti, il rigore e la minuziosità della ricerca, la potenza singolare di assimilazione e la notevole capacità di autocritica di cui egli era fornito, gli avevano permesso di raggiungere in ogni campo un livello difficilmente superabile. Nella sua vita quotidiana in Clinica, alla quale egli, appunto per la serietà con cui concepiva i suoi doveri, dedicava, esempio raro, tutta la sua giornata, queste qualità avevano modo di esplicarsi ora per ora, minuto per minuto, con vantaggio estremo di chi, studente o medico, lo avvicinava e, comprendendolo, lo seguiva. Per questo l'indirizzo scientifico e didattico del suo istituto, sul quale egli gelosamente ed amorosamente vegliava, costituiva un esempio non comune di serietà e di onestà.

Queste stesse doti appaiono evidenti nelle sue numerose pubblicazioni, che raggiungono, oltre a quelle non ancora comparse ed oltre ai trattati cui egli stava collaborando, il numero di 52. Rivolte quasi tutte ad argomenti clinici, molte di esse segnano un progresso reale nella scienza pediatrica e non solo pediatrica. Accenno soltanto, per tirannia di spazio, ad alcune delle principali come quelle sulla malattia da siero, gli studi sulla sifilide, sulla pressione endorachidea, su parecchie sindromi nervose del bambino, sul comportamento della formula ematologica nella meningite cerebro-spinale, ecc. Più recentemente e correlativamente all'indirizzo costituzionalistico da lui impresso alla sua scuola, egli aveva compiuto studi interessantissimi e fondamentali sulla patologia dei gemelli e sui rapporti tra fattore costituzionale e determinate forme morbose (anemia splenica). La morte di quest'uomo, che riuniva in sè doti così eminenti di vero clinico, arresta una ascesa luminosa e lascia smarriti e sperduti quanti dalla sua giornaliera convivenza erano abituati a trarre insegnamenti per il presente e fede per l'avvenire. E nulla vi ha di più commovente per chi lo conosceva, lo frequentava e lo amava, del pensiero che anche nell'acme della malattia inesorabile che doveva toglierlo ai vivi, e persino poche ora prima di morire, il suo cuore e la sua mente rimasero continuamente protesi verso quell'Istituto a cui egli aveva dedicato tutta la sua vita e a cui volle legate tutte le sue sostanze.

G.

In età di 66 anni è morto il prof. dott. M. LEVY-DORN, uno dei fondatori della moderna roentgenologia. Dirigeva, sino dalla fondazione, il reparto radiologico dell'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino. Radiodermiti a lentissimo decorso avevano reso inservibili le sue mani e avevano di lui fatto un invalido; ma egli sopportò sempre con rassegnazione il grave infortunio professionale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 8 giu. — R. CRUCHET. Delinquenza post-encefalitica.

Riforma Med., 1 giu. — F. PAOLUCCI. Fibroma della parete addom. — G. BOSCHI e al. Idrocefalo acuto curato col cateterismo del terzo ventric.

Presse Méd., 5 giu. — F. BEZANÇON e A. JACQUELIN. Emottisi e turbe vaso-motorie.

Bull. Ac. de Méd., 28 mag. — T. MIRONESCO e al. Turbe della regolazione del glucosio nella parotite epidemica.

Journ. de Méd. de Paris, 6 giu. — Numero sul B. C. G.

Spitalul, mag. — T. SARAGEA e R. EVOLCEANU. Ipotensione arteriosa nella tbc. polm.

Zeitsch. f. Kreislaufforsch., 1 apr. — W. F. SELENIN e L. I. FOGELSON. Il fonogramma nel flimmern auricolare. — H. LOOS. Tumori del pericardio.

Amer. Med., mag. — C. LEVENTIS. Trattam. dell'ipertens. essenziale con siero. — C. GOLDMAN. La stitichezza. — C. RUDOLPH. L'emicrania.

Riv. di Patol. e Cl. della Tub., 31 mag. — C. AVEZZÙ e B. BOGGIAN. Crisi emoclasica da rifornim. pneumotoracico. — C. COSTANTINO. Tbc. dell'ilo nell'adulto.

Radiologia Med., giu. — M. VIETTI. Sindrome radiologica della loggia renale nelle flogosi pararenali acute e cron.

Rass. di Clin. ecc., mar.-apr. — E. TROCELLO. Alterazioni vasali conseguenti a traumi dei nervi periferici.

Folia gynaecol., 3. — F. CLAUSER. Tbc. genitale e peritoneale con partic. riguardo alla clinica e anatomia patol. dell'utero.

Tohoku Journ. exper. Med., 10 mag. — T. KUMAGAI e Y. SHIKINAMI. Sostanze ipoglicemizzanti dell'ostrica. — R. INAWASHIRO. Ricambio nel beriberi. — H. HIROSE. Infezioni stafilococciche ematogene dei reni.

Arch. dello Istituto Biochim. Ital., mag. — M. M. MAINO. Contenuto ormonico dell'urina di donna grav. — C. BERLUCCHI. Ossidasi del sist. nerv. centr. — U. RONDELLI e A. RABINO. Sist. vegetativo nei tbc.

Zeitsch. f. Kreislauff., 1 mag. — L. HOM. Aneurismi dell'a. polmon. — L. J. FOGELSON e M. J. SCHEWALAGINA. Automatismo atrio-ventricol. — 15 mag. — J. HAEDICKE. Ingrossam. non comune del cuore.

Arch. Méd.-Chir. de l'Appareil Resp., 6. — P. VALLERY-RADOT e al. Trattamenti dell'asma bronchiale.

Presse Méd., 8 giu. — A.-B. MARFAN. L'ergosterolo irrad. nel rachit. — G. LOEWY. Aspetti chimici dell'immunità.

Journal A. M. A., 25 mag. — T. A. GROOVER. Roentgenter. dell'ipertiroidismo. — H. L. KRETSCHMER e L. W. MASON. Setticemia da proteus. — J. E. KEMP e J. H. STOKES. Febbre da proteine batteriche nel trattam. della sifilide.

Minerva Med., 9 giu. — R. GALEOTTI. Aminoacidi nel liquor normale e patologico.

Ars Medica, mag. — F. DE A. ESTAPÉ. Correz. reale e apparente dell'aritmia da fibrillaz. con la chinidina.

Zbl. f. Chir., 8 giu. — P. MORITSCH. Fogli d'argento nel trattam. delle ferite. — J. SEIFERT. La diagn. di piede piatto. — A. LUPAN. Asettica.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — J. W. KENNEDY. Reazioni del peritoneo. — G. KOLISCHER. I disturbi renali in gravid. — G. VAN S. SMITH e al. Procidentia.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 9 giu. — G. NORSA. La diatesi alcalina.

Ann. di Ostetr. e Ginec., mag. — R. DE GRISOGONO. Resez. del nervo simpatico presacrale nella ginecol. operativa. — C. ARMANINI e G. BERTOLOTTI. Prova emoclasica del d'Amato nelle affezioni gonococciche complicanti la gravid. e il puerp. — L. RIO. La vitamina della fertilità. — A. VIGNALI. Il brivido fisiologico post-partum. — V. GIOVETTI. Corpi estr. nella cavità addom. a scopo abortivo. — S. MARTINES. Infez. puerper. da b. di Loeffler.

Riv. It. di Gin., giu. — D. ROSSI. Follicolina e glicemia. — G. MAIDRUZZA. Reazioni urinarie nel campo ostetr.-ginec. — N. CANDELA. L'enzimo-reaz. in ginecol.

Arch. It. di Chir., 6. — A. CASSUTO. Recenti orientamenti nella chirurgia delle nefriti. — L. DI NATALE. Ossificazioni nelle cicatrici operatorie. — L. POLACCO. Innesti sperim. di callo osseo.

Rev. de Chir., 2. — E. AUBERTIN e J. MAGENDIE. Stasi acuta dell'intestino.

Ann. de Méd., 4. — Numero sulla tbc.

Bull. Ac. de Méd., 4 giu. — C. ACHARD e CODOUNIS. Eliminaz. dei fenoli. — C. LEVADITI e al. Eziologia della siringomielia. — P. RAVAUT. Eczematidi secondarie d'origine allergica durante le intertrigini da blastomiceti.

Marseille-Méd., 5 a 15 mag. — Numeri sulla crenoterapia.

Quaderni di Psich., mar.-apr. — E. CIARLA. Malarioterapia e proteinoterapia combinate nella paralisi p.

Presse Méd., 12 giu. — R. LERICHE e R. FONTAINE. Sulle anastomosi vago-simpatiche.

Riforma Med., 8 giu. — A. G. CHIARIELLO. Influenza dell'ergosterina irradiata sulle fratture. — A. FERRANNINI. Diabete lipurico e nefrosi lipoidee.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sulla febbre ondulante.

Gaz. d. Hôp., 12 giu. — M. BRELET. La difterite benigna.

Long Island Med. Journ., giu. — J. L. COBB. Trattam. del moncone appendicolare. — J. F. W. MEGHER. Matrimonio e amore: un problema psichiatrico.

Rivista Ter. Moderna e Med. Pratica, Milano, luglio 1929. — Lavori premiati Concorso Rivendicazioni Scientifiche Italiane: Una rivendicazione riguardante Morgagni. — Dott. GAGLIARDI V. La cirrosi epatica di Laënnec e quella di Morgagni. — Stampa Med. Italiana. — Iconografia med. ital.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVI Roma, 29 Luglio 1929 Num. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Criteri fondamentali per la diagnosi delle malattie della colonna vertebrale.

Dott. EDMONDO VENEZIAN.

Ho messo in evidenza in una precedente rassegna (1) l'importanza pratica delle affezioni della colonna vertebrale e ho tentato di esporre per sommi capi in qual modo il medico deve raccogliere gli indizi di una lesione, allorchè in qualche modo la sua attenzione sia stata richiamata sul rachide. Proverò ora a esporre quali siano le grandi linee di orientamento per giungere alla diagnosi.

Per mantenersi nel campo più strettamente pratico, possiamo considerare schematicamente due possibilità: 1) la deformità morfologica domina il quadro morboso; 2) in primo piano nella sintomatologia sono i dolori o il disturbo funzionale, senza deformità o con deformità morfologica meno apprezzabile.

I.

La deformità morfologica consiste, per l'asse vertebrale, nella presenza di inflessioni anormali, per sede o per raggio di curvatura: con frequenza grandissima le curve abnormi sono a convessità posteriore, dorsale (*cifosi*).

Tipi estremi di atteggiamento, da cui per insensibili gradi si passa nel patologico, possono considerarsi i non rari casi di *dorso rotondo*, che si vengono delineando già nell'adolescenza e che finiscono generalmente per costituire una caratteristica morfologica dell'individuo in tutta la sua vita successiva. Fattori diversi (ereditarietà, professione, abitudini di vita) possono intervenire nel determinare un tale atteggiamento del tronco, che più che una deformità, costituisce una disarmonia morfologica. In alcuni adolescenti la curva cifotica, sia che si estenda a tutto l'asse rachideo, sia che occupi il solo segmento dorsale, si accompagna con difetti dello sviluppo muscolare e con sintomi di insufficenza respiratoria: si ha allora il quadro nettamente patologico della *cifosi astenica*. Questa non si deve confondere con la cifosi alta, rigida, che si osserva in degenerati e deficenti. Altra forma di cifosi che trovasi ai limiti del normale, è la *cifosi senile*, che si sviluppa in connessione con la atrofia dei dischi, l'indebolirsi dei muscoli e, in linea subordinata, pure con processi artritici: si comprende come questa cifosi si presenti rigida fin dall'inizio: ma caratteristico è che il segmento cervicale mantiene la sua motilità.

(1) Policlinico, Sez. prat., 1929, n. 1.

Entrando nel campo propriamente patologico, veniamo alle forme di cifosi, in cui una diminuita resistenza al carico dei pezzi ossei costituisce la causa prima dell'esagerazione delle normali inflessioni; quindi con la caratteristica di essere estese a tutto l'asse, se sviluppatesi nella prima infanzia (come molte cifosi rachitiche) o principalmente al segmento dorsale, se più tardi (come nella cifosi dorsale giovanile): le une e l'altra hanno la tendenza a divenire rigide, sebbene in un lasso di tempo più o meno lungo.

La *cifosi rachitica*, nel cui determinismo entrano ipotonia muscolare, lassezza legamentosa e malacia ossea, onde insufficenza al carico, è per lo più una cifosi totale e, almeno nei casi nè gravi nè inveterati, facilmente correggibile nella posizione orizzontale. Ma nelle forme più avanzate (=insorte più precocemente) la colonna può presentare nel limite dorso-lombare un ingobbamento a raggio più breve, che non si appiana nella manovra, classica, del sollevare il bimbo prono per gli arti inferiori: insorgono allora dubbi diagnostici — rispetto a un morbo di Pott — specie aggiungendosi la difficoltà di mettere in evidenza il dolore ed esistendo talora anzi (in caso di rachitismo florido) una dolorabilità ossea diffusa. L'anamnestico, le condizioni generali, il radiogramma chiariscono spesso la situazione; ma non è raro il caso in cui si deve prudentemente mantenere in osservazione il bambino, prendendo quei provvedimenti che al caso più grave si competono.

Di più facile diagnosi è, almeno nelle forme conclamate, la *cifosi dorsale giovanile* detta anche osteocondropatica (osteocondrite vertebrale) in rapporto con l'eziologia da molti ammessa e caratterizzata da un ingobbamento precocemente rigido, a grande raggio, limitato alla parte inferiore del rachide dorsale, stabilitosi senza o con scarsi dolori in circa un anno, in giovani — maschi per lo più e non di rado contadini — verso l'epoca della pubertà.

Altra deformità cifotica, tipicamente in rapporto con un'insufficenza funzionale della colonna, per cui nel carico si ha una tendenza all'inflessione anteriore del rachide, per il prevalere della più potente muscolatura flessoria, è la *cifosi osteomalacica*.

Una istessa patogenesi riconoscono quelle cifosi che sono presenti in quasi tutti i casi appartenenti al gruppo delle *spondilosi anchilosanti* (gruppo suddiviso con forse eccessiva sottigliezza in varie forme, che però praticamente è difficile mantenere distinte). Si tratta di individui, maschi per lo più, nel 2° o 3° decennio di vita. Fondamentalmente il processo è caratterizzato da un'ossificazione estesa dei legamenti articolari, il che porta alla fissazione più completa dell'asse rachideo, per lo più con una inflessione cifotica notevole totale o subtotale senza curve di compenso. Dolori spontanei, a tipo radicolare o anche provocabili all'esplorazione dei segmenti colpiti, accompagnano l'istituirsi del processo anchilogenetico, rendendo in questi stadi difficile il diagnostico, che dovrà specialmente essere basato sull'esclusione dell'esistenza di un focolaio tubercolare nell'organismo, ma anche e più sull'estensione della rigidità, che colpisce tutta o quasi la colonna.

Le cifosi rigide susseguenti a reumatismo articolare acuto o subacuto, cointeressante il rachide, sono naturalmente di ovvia diagnosi.

Veniamo ora a considerare quelle cifosi, che per essere a raggio breve, presentandosi cioè come gibbosità angolari, fan pensare subito alla distruzione di una parte della colonna dei corpi, con conseguente inflessione dei segmenti sovrastanti la lesione. In presenza di una simile deformità il pensiero corre alla più frequente delle malattie vertebrali, alla *spondilite tubercolare;* e andremo a ricercare gli altri sintomi che il sospetto possono confermare: il dolore, la rigidità del segmento vertebrale colpito, i fenomeni generali (dimagramento, temperature serali), gli ascessi, i fenomeni nervosi, infine il decorso subdolamente progressivo. Questo complesso sintomatico è sommamente caratteristico e non sono certo questi i casi che offrono difficoltà diagnostiche!

Per quel che riguarda la *morfologia della cifosi pottica*, è da notare anzitutto che se si dà come caratteristico di questa malattia il gibbo angolare, questo non è sempre vero: specie in corrispondenza della regione dorsale media, in caso di forme gravi ed estese di carie tubercolare, troviamo delle gibbosità arrotondate a grande raggio. L'aspetto generale del gibbo varia poi anche in dipendenza delle sue dimensioni: si va dalla prominenza semplice, a gradino, di una apofisi spinosa fino alle gobbe classiche. Se queste ultime sono l'espressione di una lesione ossea assai estesa, ciò non vale, e particolarmente negli adulti, per le prime. La evidenza dell'ingobbamento pottico naturalmente dipende anche dalla regione del rachide che è sede della distruzione somatica, perocchè le gibbosità più appariscenti son quelle che si hanno nelle spondiliti dorsali medie, quelle a inflessione angolare più pronunciata nelle spondiliti cervico-dorsali, mentre nelle spondiliti cervicali o lombari, il gibbo non assume mai dimensioni assai pronunciate. Nel giudicare la morfologia della cifosi spondilitica, occorre infine tenere ben presente che nel suo determinismo non entra la sola distruzione ossea, ma anche (nel periodo florido della malattia) la contrattura muscolare, che concorre a modificare il contorno della spina, aggravandone in genere la inflessione anteriore (non consideriamo qui le più rare contratture asimmetriche o lordosizzanti) e costituisce della deformità l'elemento non durevole. Tant'è vero che la loro scomparsa, permettendo ai segmenti di colonna,

prossimi al focolaio, di inflettersi compensatoriamente, permettendo cioè l'istituirsi delle lordosi paragibbali, è uno dei migliori segni di guarigione della malattia.

Ricordiamo infine, a proposito dell'evoluzione della cifosi pottica, che la sua comparsa è generalmente subdola, lenta, progressiva; sebbene siano naturalmente possibili le eccezioni a una tale regola.

Enumerando ora le altre malattie che possono dare inflessioni anteriori angolari del rachide, passeremo in rivista appunto quelle forme che — di rado — vengono in considerazione per la diagnosi differenziale con il M. di Pott. A parte gli esiti di fratture o lussazioni, nella cosidetta *malattia di Kümmel* osserviamo lo sviluppo progressivo di una cifosi angolare post-traumatica: caratteristici sono per essa il periodo di latenza che sussegue al trauma e il periodo di dolori che precede e accompagna l'istituirsi della deformità.

Assai più rare sono le deformità cifotiche istituitesi in relazione con *spondiliti infettive* (spec. da tifo) la cui diagnosi va fondata sui precedenti, sul decorso (per lo più, ma non sempre, acuto) sul quadro radiologico (fenomeni di distruzione e di proliferazione ossea) sulle prove ematologiche (la Widal è sempre positiva) oppure con lo sviluppo di un *cancro* metastatico vertebrale, caratterizzato da dolori intensi, non influenzati dal decubito orizzontale, e dal quadro radiologico (integrità dei dischi!) oltre che dalla nozione, non sempre però facilmente acquisibile, del tumore primitivo.

Le deformità che si osservano in talune affezioni nervose (tabe, siringomielia) e che sono legate a complessi fenomeni distruttivi e proliferativi a carico degli elementi vertebrali, sono per lo più delle cifo-scoliosi.

*
* *

Assai più oscuro è il campo delle inflessioni laterali del rachide (*scoliosi*) giacchè se non è difficile il rilievo della deformità, la quale, per la asimmetria che induce nei contorni del tronco, ha la più deleteria influenza sull'armonia delle forme, difficile è non di rado la diagnosi delle cause che all'inflessione hanno portato; diagnosi che pure implica spesso grandi responsabilità per il medico pratico.

La grande maggioranza delle curvature laterali della colonna si sviluppa in rapporto con stati di minore resistenza della sostanza ossea. La causa più comune di questi è, per le deformità i cui inizi risalgono alla prima infanzia, il rachitismo: la *S. rachitica* ha poi questo di caratteristico che tende a un progressivo peggioramento, cosicchè, nelle forme non curate, si istituiscono le deformità più imponenti, invincibili, rigidissime, con notevoli gibbosità costali e un importante componente di cifosi.

Nelle forme che si sviluppano più tardivamente, ossia nella seconda infanzia fino alla pubertà, sono da tenere presenti, come fattori causali, disfunzioni endocrine, condizioni igieniche scadenti, nutrizione insufficente; si manifestano più di frequente in femmine e con le seguenti caratteristiche: curve ad S con convessità dorsale a destra e lombare a sinistra, tendenza alla rigidità minore e meno precoce rispetto alla S. rachitica.

Grazie ai raggi X noi oggi sappiamo che le *S. congenite* (dovute a variazioni a carico dei pezzi ossei costituenti la colonna, che, con frequenza grandissima, colpiscono il limite di passaggio lombo-sacrale) sono assai meno rare di quel che non si creda. Non si dimentichino le pure non rare piccole asimmetrie del bacino o degli arti inferiori. Si ricordi infine che non necessariamente le S. congenite si manifestano nei primi anni di vita.

Dalle precedenti vanno distinte quelle deformità scoliotiche il cui fattore principale risiede in un'alterata azione muscolare: esempio classico le *S. paralitiche*, per lo più da poliomelite (forme gravi di deviazioni e difficilmente curabili; la malattia causale può anche essere sfuggita alla attenzione dei parenti). Le deviazioni scoliotiche che non di rado si riscontrano in pazienti affetti da ischialgia, vengono oggi spiegate con la presenza di una contrattura muscolare antalgica, secondaria ad un'artrite vertebrale, causa prima della sindrome morbosa. La *S. sciatica* è caratterizzata dalla presenza di due ampie curve a S e da una proiezione di tutto il tronco verso il lato della convessità lombare, che a sua volta può essere rivolta verso il lato sano o verso quello malato.

Finalmente in un ultimo gruppo di S. il momento causale consiste in una distruzione locale, asimmetrica naturalmente, dei corpi, come può accadere nella spondilite tubercolare. È vero che in questi casi la deviazione delle apofisi spinose presenta, in corrispondenza della lesione, più che una inflessione laterale, una deformità a bajonetta, ma è pur vero che questa, specialmente se situata nella parte bassa della colonna, non è facilmente riconoscibile, e che d'altronde l'errore diagnostico può divenire più facile per la presenza di contratture muscolari antalgiche, che complicano l'aspetto della deformità e per l'istituirsi di un vero e proprio gibbo costale (come io stesso ho potuto osservare in un tipico caso di recente). È questa dunque una forma da tenere bene presente alla mente: si indaghi attentamente il decorso, si studino i sintomi dolorifici e generali, si ricerchino gli ascessi, ma si deve riconoscere che spesso il quadro radiografico potrà dire la parola definitiva.

Una particolare varietà di deviazione laterale del rachide, che per essere localizzata al tratto cervicale, è causa di un atteggiamento obliquo del capo, si ha nel *torcicollo*. La causa

prima della deformità può risiedere nei tegumenti (T. cicatriziale), nel muscolo sternocleido, congenitamente retratto (T. congenito) o spasmodicamente contratto (per reumatismo muscolare, per adeniti, per spasmi funzionali), infine nella colonna stessa (alterazioni congenite, artrite ma specialmente spondilite tubercolare).

* * *

Tipo morfologico estremo dell'asse vertebrale, di contro a quello in cui le curve antero-posteriori sono molto accentuate, è il cosidetto *dorso piatto*, difetto estetico piuttosto raro, a carattere famigliare. Più frequente è invece il dorso piatto patologico, generalmente rachitico, che può persistere oltre il periodo florido della malattia, tutta la vita, e di ben altra importanza, costituendo una condizione statico-meccanica favorevole allo sviluppo di una scoliosi. Dal precedente si deve differenziare l'atteggiamento che, per contrattura antalgica, alcuni fanciulli assumono negli stadi iniziali di un morbo di Pott, per scaricare le vertebre malate: qui naturalmente rigidità e dolore debbono mettere facilmente sulla via giusta. Ma non di meno il fatto va tenuto presente tanto più che nella spondilite lombare si può giungere a veri e propri atteggiamenti lordotici.

Un'accentuazione patologica della *lordosi lombare* di rado trascende il valore di un atteggiamento vizioso. Riconosce per lo più infatti cause statico-meccaniche estrinseche: uno spostamento in avanti del centro di gravità del corpo, come si ha nella lussazione bilaterale, nella contrattura flessa delle anche, nella paralisi della muscolatura dorsale — e nella atrofia muscolare progressiva può costituire il primo sintomo di malattia — ed eccezionalmente si trasforma in deformità strutturale. Un interessante, per quanto raro quadro morboso caratterizzato obiettivamente da un'esagerazione della lordosi lombare, che non scompare nella flessione in avanti del tronco — ma insieme anche da un abbassamento di tutto il tronco e da una diminuita inclinazione anteriore del bacino — è dato dallo scivolamento in avanti del corpo della 5ª lombare (*spondilolistesi*). In generale la diagnosi è accertabile soltanto con una radiografia, al meglio in posizione laterale.

II.

Più difficile è il compito diagnostico allorchè nel quadro morboso predominano dolori e disturbo funzionale: essi sono espressione generica di malattia della colonna, senza significato patognomonico. Perciò spesso i fenomeni morbosi non potranno essere chiariti che con la radiografia. Ma non per questo la clinica passa in seconda linea: tutt'altro! Chi affidandosi al radiologo trascurasse l'esame dell'ammalato, rischierebbe di commettere i più gravi errori. Non si dimentichi che la radiografia può mettere in evidenza delle lesioni ossee o articolari, ma senza chiarirne affatto la natura.

Ciò premesso dobbiamo ricordare anzitutto un quadro morboso ancora discusso come entità nosologica, che va tuttavia conosciuto meglio dal medico per la sua grande importanza pratica: voglio dire dell'*insufficenza vertebrale* (Schanz). Più che di una malattia vera e propria si tratta di un complesso di manifestazioni morbose, che da una vaga sensazione di fastidio e insieme di stanchezza dolorosa (nei casi più lievi) vanno a veri dolori riferiti al dorso o irradiantisi lungo gli arti e dimostrabili anche obiettivamente come una dolorabilità più o meno estesa delle apofisi spinose alla pressione o alla percussione, mentre, nei casi più gravi, al dolore si aggiunge lo spasmo muscolare e quindi la rigidità. Neanche con le ricerche più accurate è possibile dare una base anatomica a questi casi: non per questo si può affermare che non c'è nulla di anormale. Alterazioni minime o anche modificazioni nello stato fisico della sostanza ossea sfuggono anche all'anatomo-patologo. Ciò che domina perciò il diagnostico è il criterio patogenetico: essendo la sindrome dovuta essenzialmente a un esaurimento delle resistenze della colonna a causa o di aumentate esigenze funzionali (esempio banale: lavoro a tavolino eccessivamente prolungato delle dattilografe) o di un indebolimento sopravvenuto nelle strutture che la costituiscono (ossa — per pubertà, vecchiaia, traumi — muscoli ecc.). Si comprende da ciò come possano esistere anche delle forme localizzate di i. v.

Per poter fare la diagnosi occorrerà dunque dimostrare la presenza di tali condizioni di squilibrio ed escludere d'altra parte non solo altre malattie della colonna ma anche affezioni degli organi addominali o pelvici. Il criterio curativo infine non è di ultima importanza, il riposo portando nell'i. v. una rapida scomparsa di tutti i fenomeni morbosi.

L'importanza pratica dell'i. v. risiede nella sua frequenza che è veramente grande: troppo spesso in questi casi si fa diagnosi di reumatismo, neuralgia intercostale, neurastenia, isteria, rene migrante, morbo di Pott.

La *spondilite tubercolare* infatti si manifesta nei suoi stadi precoci, allorchè il compito diagnostico ha maggiore importanza pratica, con i soli disturbi funzionali, la contrattura muscolare e il dolore in prima linea. La rigidità è il sintomo cui va data la massima importanza, perchè non manca mai nel periodo iniziale, florido della malattia; certo non è sempre facile metterlo in evidenza, specialmente là dove il rachide gode normalmente di scarsa mobilità (segmento dorsale): si esige quindi una attenta esplorazione funzionale. Riguardo al dolore maggiore importanza ha quello pro-

vocabile. Il dolore spontaneo invece è d'intensità assai varia, senza rapporto con la gravità della lesione, e non di rado compare tardivamente. Non sempre poi è riferito al rachide: specialmente i bimbi indicano il ventre, i fianchi, le gambe, come sede del dolore. Scompare col decubito orizzontale permanente.

Ma dolore e contrattura per sè, non costituiscono che dei sintomi di probabilità: e non si può coscienziosamente fondare su di essi soltanto una diagnosi che comporta sempre una grave responsabilità. Il m. di Pott è malattia grave, di lunga durata: non sono delle vere s. t. quei casi che in poche settimane volgono a guarigione. Naturalmente poi l'errore inverso può avere le conseguenze più disastrose. Si ricerchino quindi tutti gli altri elementi che possono corroborare o meno la diagnosi. E innanzi tutto l'anamnesi, d'importanza capitale come in tutte le malattie tubercolari. L'età ha la sua importanza: nessuna epoca della vita può dirsi immune, ma il 30 % dei casi iniziali appartiene al primo decennio e il 25 % al secondo. Quindi bastano in un bambino i più lievi disturbi funzionali a render forte il sospetto. Si studi lo stato generale; si ricerchino accuratamente gli ascessi nelle sedi ben note, con l'esame diretto, attraverso segni indiretti (es. contrattura dello psoas) e con la radiografia. Si indaghi sugli eventuali segni di compressione midollare. A tutti questi elementi da vagliare con giudiziosa cautela, si aggiungerà infine anche il sussidio della radiografia. E a proposito di quest'ultima valgano alcune direttive: esigere due lastre, in proiezione antero-posteriore e laterale; fermare la propria attenzione sul contorno e sulla forma dei corpi; osservare lo spazio chiaro che li divide (praticamente deve essere uguale ai due vicini); ricercare le ombre fusiformi degli ascessi.

Ancora più complicato si presenta il compito diagnostico nelle frequentissime *malattie artritiche* della colonna, specie di quelle croniche, giacchè nelle acute, manifestazione parziale in genere di una poliartrite reumatica, la diagnosi non offre difficoltà.

Per le forme croniche il problema è reso difficile dalla molteplicità delle forme e dal sommarsi e confondersi dei momenti patogenetici.

Clinicamente e anatomicamente si distinguono dalle altre quelle forme già menzionate che dopo una fase dolorifica più o meno intensa, ma senza speciali caratteri distintivi, portano a un'anchilosi estesa dell'asse vertebrale e talvolta insieme di una o più delle grandi articolazioni della radice degli arti (*spondilosi rizomelica*).

Un altro gruppo è costituito dai casi di *spondilosi deformante*, non di rado in forma localizzata e più di frequente al tratto lombare (lombartria). Il quadro clinico è costituito allora da algie lombari, dolori irradiati lungo gli arti inferiori (sciatica): si tratta sempre di adulti. Il rachide lombare è sovente alquanto spianato, talora deviato lateralmente; la deformità non è mai però molto pronunciata. La radiografia mostra corpi vertebrali deformati con proliferazione ossea marginale.

Per la molteplicità e complessità delle articolazioni affette, più complicato è il quadro morboso delle *artriti vertebrali* vere e proprie; il loro decorso è assai spesso cronico, con alternative di miglioramenti e peggioramenti; ma la sintomatologia clinica può manifestarsi pure in modo imponente ed acuto: la contrattura muscolare è in questi casi manifesta al massimo grado. Il quadro radiografico, là dove la lettura è facile, fa constatare fenomeni di atrofia e addensamento a carico delle apofisi articolari, mentre le rime articolari presentano incertezza dei contorni, oscuramento, fino obliterazione. I corpi non presentano invece alterazioni notevoli. In tutti questi casi se la diagnosi anatomica va ragionevolmente fatta in modo piuttosto generico, vale la pena dal punto di vista pratico, di far ricerca del o dei momenti causali i quali possono consistere in agenti tossi-infettivi, in disordini del ricambio materiale, in alterazioni della meccanica articolare (come si può avere per alterazioni congenite della 5ª lombare). Di non ultima importanza il trauma, che può pregiudicare in vario modo il rachide, fratture e lussazioni a parte. Infatti versamenti intra- e periarticolari, strappamenti legamentosi possono condurre ad artriti ostinate; mentre la stessa struttura molecolare ossea può esserne offesa così da derivarne la sintomatologia clinica di un'insufficenza vertebrale.

Non molte parole crediamo di dovere spendere per la diagnosi delle malattie del rachide dovute ad agenti infettivi ben noti: la meno infrequente di esse è la *spondilite tifica*. La nozione eziologica, il decorso, i segni radiologici dovrebbero facilitare il compito diagnostico.

Una sindrome dolorifica grave a carico del rachide può esser data da un *tumore* (maligno) *metastatico*, sviluppatosi nelle vertebre: il caso è assai più frequente di quel che non si possa credere; ed è notevole che talvolta il tumore primitivo non fu potuto rinvenire neanche all'autopsia. Oltre ai criteri d'indole generale (età, dimagramento) e ad alcune caratteristiche sintomatologiche, che già esponemmo, di grande aiuto potrà essere il radiogramma, che fa rilevare un addensamento diffuso con scomparsa della trabecolatura, fino a un'opacità completa (vertebre di marmo) dell'osso, e insieme generalmente integrità dei dischi.

*
* *

Chiudendo questa incompleta esposizione dei problemi diagnostici, che si incontrano in

presenza di una colonna vertebrale ammalata, dobbiamo riconoscere di aver trascurato molte forme morbose più rare, nonchè tralasciato i più fini quesiti della diagnosi differenziale. Ma vorremmo avere chiarito il campo con alcune idee schematiche, fondamentali, seguendo le quali il medico può, nella massima parte dei casi, giungere alla diagnosi; ciò che gli permette di intraprendere coscienziosamente quei provvedimenti curativi elementari che sono nelle sue mani.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sezione Chirurgica dell'Ospedale G. B. Morgagni in Forlì.

Lo stato attuale della questione sul trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta (1)

per il prof. SANTE SOLIERI, direttore.

Ragioni d'indole non soltanto scientifica e pratica ma anche economica e sociale mi convincono della opportunità di non lasciar sopita la questione che si è accesa sul trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta. E questo perchè, oltre al beneficio che da tale trattamento viene ai pazienti, è da tener presente la economia che risulta a vantaggio degli istituti a cui per le nuove disposizioni di legge è affidata la lotta contro la tubercolosi e la cura dei malati di affezioni tubercolari. Basti dire che dal metodo occlusivo è eliminata in moltissimi casi la necessità di medicature quotidiane o per lo meno assai frequenti e di conseguenza il bisogno di tener ricoverati di continuo o per lungo periodo gli infermi in istituti specializzati. E d'altro canto dal trattamento occlusivo è reso ad un numero maggiore di pazienti usufruibile il beneficio delle cure climatiche, da cui sarebbero tenuti lontano per la supposta necessità delle medicazioni stesse.

È utile riassumere la storia dell'argomento.

Parlai la prima volta del metodo occlusivo al Congresso della Società Italiana di Chirurgia del 1921 in Napoli. Dissi che, avendo durante la guerra nei feriti alle articolazioni, con grave devastazione e suppurazione di esse, usato con ottimi risultati il processo della *rara medicatio* del Magati rinnovato dal Ruggi, mi era venuta l'idea di sperimentare questo modo di cura anche nelle lesioni osteo-articolari tubercolari fistolizzate.

Il raziocinio che avevo fatto era il seguente:

« Se la immobilizzazione è il primo requi« sito nella cura di un processo infiammatorio « acuto o cronico tubercolare o no, se la chiu« sura di un'articolazione suppurante con fe« rite o tramiti comunicanti all'esterno entro « un apparecchio gessato chiuso e la sua ra« rissima medicazione può ottenere la gua« rigione, come è dimostrato dall'esperienza, « la *immobilizzazione con chiusura in appa« recchio di una articolazione tubercolizzata « e fistolizzata con sovrapposta infezione da « piogeni deve pure essere utile* » (1).

Riferii allora su otto casi di tubercolosi articolare fistolizzata, in pazienti assai gravi, guariti col trattamento occlusivo, la cui tecnica è nota. In quella mia prima comunicazione (e ciò riporto perchè si veda quanto a torto da alcuni si volle farmi passare per nemico della talassoterapia e della elioterapia) dissi ancora:

« Ad eccezione del primo periodo di gessa« tura e dei successivi brevissimi, in cui si « deve rinnovare l'apparecchio, il paziente può « essere inviato a casa sua od a preferenza in « luoghi salubri di cura ai monti od al mare, « avendo anche eliminato le preoccupazioni di « ogni genere che, in ispecie in luoghi privi « di istituti chirurgici, si presentano per le « medicazioni di ulcere o fistole attraverso ap« parecchi fenestrati ».

Conclusione della comunicazione era il seguente periodo:

« Quando la tubercolosi articolare è già « aperta attraverso molti tramiti, i quali, se « hanno valso a scaricare i prodotti tuberco« lari, non si sono potuti poi sottrarre alla « infezione da piogeni, la cosa più utile è, « alla stregua dei fatti e della mia esperienza, « corretta la posizione dell'arto, detersa la re« gione con cura e medicato ogni tramite con « liquore iodico, immobilizzare assolutamente « la parte ed affidarla alla occlusione, la quale, « *favorendo un procedimento biologico com« plesso locale e generale*, coadiuverà alla svi« rulentazione e sterilizzazione dei germi infet« tanti il focolaio, sottraendolo nel contempo « alle reinfezioni che ritardano od ostacolano « la difesa e la vittoria dell'organismo ».

La mia comunicazione al Congresso di Napoli cadde nel vuoto, nè venne presa in considerazione, nonostante fosse confortata da risultati clinici concreti.

---

(1) Comunicazione alla Società medico-chirurgica della Romagna, seduta delli 7 aprile 1929 in Forlì.

(1) Quanto sopra è riferito testualmente nella comunicazione del 1921 al Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Nell'ottobre 1922 al Congresso di Ortopedia in Firenze presentai sei individui già infermi di osteo-artriti assai gravi tubercolari fistolizzate (anca, ginocchio, piede, gomito) guariti attraverso la occlusione in apparecchio gessato. La nuova comunicazione fu accolta con grande freddezza da molti, con diffidenza dai più e con aspra critica da altri. Il Comisso disse che: « si preoccupava di questa chiusura « in apparecchio di una lesione secernente; è « possibile che nell'apparecchio chiuso, che « non permette alcun controllo, si riaprano fi« stole e si producano ulteriori danni ».

Il Gaibissi dichiarò: « L'opinione del Solieri « (in vero non era una opinione perchè i gua« riti erano presenti) capovolge tutti i concetti « finora adottati; ci sarebbe da preoccuparsi « dell'accettazione e della diffusione di simile « concezione ».

Il Calcagni nel 1924, scrivendo sulla storia di questo argomento, si esprimeva così:

« Al Congresso di Ortopedia di Firenze si « era criticato teoricamente. Dal 1921 al 1922 « in nessuna clinica ufficiale, in nessun gran« de ospedale si era sentito il dovere di spe« rimentare il metodo o rendere di pubblica « ragione i risultati. È da augurarsi che ciò « non accada per l'avvenire e che il metodo « venga sperimentato su larga scala e che i ri« sultati sieno resi spregiudicatamente di pub« blica ragione senza pastoie di scuole o di « campanilismi e così si potrà raggiungere uno « scopo molto pratico e cioè: o il metodo sarà « riconosciuto realmente efficace (ed in tal « caso se ne avvantaggeranno enormemente « ammalati e chirurgi) o sarà riconosciuto no« civo od inefficace e lo si metterà definitiva« mente a tacere sotto la pietra tombale di una « larga esperienza ». Il Calcagni aggiungeva che, per il doveroso credito che egli è uso di accordare a chi espone *fatti*, aveva voluto esperimentare il metodo e dichiarava: *non ho avuto a pentirmene*.

Dopo diverse pubblicazioni comparse oltre il 1924 e riflettenti discussioni d'indole teorica sul modo di agire della occlusione o relazioni di casistica *tutte favorevoli* si giunse ad un'altra tappa importante, cioè al Congresso della Soc. Italiana di Chirurgia del 1925 in Roma. In quella adunanza il Pieri riferì sopra 12 casi di tubercolosi articolare fistolizzata di diverse sedi curati col metodo Solieri con 11 guariti. La comunicazione dette luogo, da parte di accademici, ortopedici, elioterapisti, ad una levata di scudi sotto cui si credette di seppellire metodo e suo proponente.

Ma entrambi erano *duri da morire* perchè difesi e corazzati *dai fatti*.

Le obbiezioni che si fecero al procedimento furono essenzialmente tre.

Dissero alcuni che la cosa non era nuova perchè già da tempo era in uso negli istituti ortopedici.

Basta a provare la inconsistenza di questa affermazione il clamore stesso levato attorno all'argomento e le discussioni a cui ha dato luogo. Come poteva al Congresso di Firenze il Gaibissi scandalizzarsi tanto per cosa vecchia e risaputa?

Dissero altri che si voleva così mettere in un sacco talasso- ed elioterapia, che costituiscono il cardine della cura odierna della tubercolosi chirurgica.

Ciò è tanto inesatto che basta aver letto la mia prima comunicazione negli Atti del Congresso di Chirurgia del 1921 in Napoli per essere convinti del contrario.

Qualcuno sostenne che della occlusione potevano se mai beneficiare soltanto quei casi di tubercolosi articolare fistolizzata antica, in cui è prossima la guarigione spontanea.

Io obbiettai allora, e ripeto ora, che fra i miei guariti ci sono soggetti che da Istituti Ortopedici di primissimo ordine erano stati rinviati in provincia come disperati o suscettibili solo di cura demolitiva cioè di amputazione (due tubercolosi del ginocchio ed una del gomito).

Ci fu chi disse di avere sperimentato, ma era evidente che l'esperimento era stato fatto con prevenzione già stabilita, e con poca fede il che aveva condotto a poco rigore di metodo ed a poca costanza nell'applicazione.

La statistica odierna, che ormai è numerosa ed assolutamente favorevole al metodo occlusivo, è prova di questo asserto. Nella statistica che sto per enunciare non includo le osservazioni mie personali; della mia esperienza in proposito parlerò più avanti. Metto anche da parte le osservazioni dell'Aloi, perchè il numero di esse non è precisato; l'autore però si dichiara favorevole al procedimento per i risultati assai soddisfacenti (anca e ginocchio). Sommando le osservazioni dei restanti autori (vedi bibliografia) si hanno i dati che seguono:

Infermi curati	Guariti	Migliorati (in corso di cura)	Negativi	Morti
94	67	17	4	6

È da mettere in rilievo che gli autori lasciano ritenere che la maggior parte dei miglio-

rati era avviata a guarigione; i casi ad esito negativo o seguiti da morte erano tutti a localizzazioni multiple o complicati da affezione specifica polmonare.

Ma la pubblicazione su cui voglio fermare maggiormente l'attenzione è quella uscita dall'Istituto del prof. Comisso in Val d'Oltra a nome del suo aiuto dott. Benci, anzitutto per l'autorità del Comisso stesso, di cui tutti in molti Congressi di Ortopedia e di Chirurgia abbiamo potuto ammirare i risultati brillanti ottenuti nella cura della tubercolosi chirurgica, per la ricchezza della casistica (45 casi) ed infine per il rigore scientifico delle osservazioni.

Al prof. Comisso io voglio testimoniare la mia grande stima perchè, essendo egli partito da un preconcetto di grande riserva, quale espresse al Congresso di Ortopedia del 1922 in Firenze, volle formarsi, attraverso l'esperimento, una convinzione personale, che è riuscita favorevole al metodo stesso.

Le conclusioni a cui è giunto l'Istituto di Val d'Oltra sono le seguenti:

« Le forme articolari tubercolari fistolizzate « si adattano egualmente bene delle chiuse ad « essere trattate con gessature prive di finestra.

« Il metodo Solieri può essere per i suoi « vantaggi adottato anche negli Ospedali spe- « cializzati e nei sanatori climatici in tutti « quei casi in cui, per la gravità della distru- « zione scheletrica o per evitare guarigione « con deformità o per abolire il dolore pro- « vocato che tormenta il malato con grave « danno delle condizioni generali, è necessario « immobilizzare perfettamente un'articolazio- « ne. Lé forme che più si avvantaggiano della « *rara medicatio* resa possibile col metodo So- « lieri sono quelle di vecchia data, torpide, in « cui le lesioni ossee vanno verso l'esauri- « mento, ma che presentano ancora dei tra- « miti fistolosi a pareti dure fibrose mante- « nenti una scarsa ma incessante secrezione e « particolarmente restii a chiudersi.

« Ciò non esclude o diminuisce i benefici « che il metodo Solieri arreca anche alle for- « me in piena attività, recenti di data, a fe- « nomeni flogistici acuti.

« Il metodo Solieri riconosce in sè vantaggi « anche maggiori nella cura ambulatoria di « quei malati (e non sono pochi!) che non pos- « sano fruire di una cura ospedaliera adeguata « non solo, ma non hanno neanche la possi- « bilità di curarsi convenientemente a casa e « ciò sia per le condizioni economiche del « soggetto, sia per ragioni di altra indole. È « sopratutto in questi casi che la gessatura che « copre e richiude fistole e piaghe torna pre- « ziosa addirittura perchè elimina assolutamen- « te il pericolo di infezioni secondarie » (1).

Tutto ciò è conferma piena di quanto io avevo enunciato sino dalla mia prima comunicazione. Solo riaffermo che anche casi gravissimi, ritenuti passibili solo di amputazione da istituti ortopedici specializzati sono guariti in mia mano attraverso la semplice e prolungata occlusione.

Circa la interpretazione delle cause per cui l'apparecchio occlusivo agisce utilmente sui processi biologici che debbono condurre alla guarigione non si è fatta a dir vero molta strada. Io scrivevo nella mia prima memoria: « *Senza dubbio il fattore della più alta importanza deve essere la immobilizzazione assoluta* ». E portavo il paragone del polmone tubercolizzato che guarisce colla immobilizzazione e la compressione a mezzo del *pneumotorace alla Forlanini.*

Dopo alcuni autori (Vanghetti, Tedeschi, Capecchi), colpiti dal meraviglioso risorgere delle condizioni generali e di tutte le energie dei pazienti sottoposti al trattamento occlusivo, hanno ammesso che si tratti di una autovaccinazione (secondo Besredka) da parte dei prodotti specifici del pus tubercolare messi a contatto colla cute abrasa sotto l'apparecchio attorno alle fistole. A dir vero, anche per me, l'ipotesi è apparsa seducente. Il Benci non è favorevole a tale concezione, che invero avrebbe bisogno di dimostrazione più probativa e crede alla efficacia della immobilizzazione assoluta e della evitata reinfezione dei tramiti fistolosi.

Egli però dice: « Noi abbiamo ritratto l'im- « pressione generale che i pazienti così curati, « anche se gravemente compromessi nelle con- « dizioni generali (e forse più questi dei meno « gravi) riescono a superare e vincere le oc- « culte forze del male meglio dei compagni « affetti da forme similari, ma trattati senza « gessatura. È una impressione nostra dico,

---

(1) Nel periodo di tempo intercorso fra la presente comunicazione e la correzione delle bozze mi è pervenuto il rendiconto dell'Ospizio Marino di Oltra per gli anni 1923-27 redatto dal Direttore prof. COMISSO. A proposito della cura della tubercolosi articolare fistolizzata vi è scritto testualmente così: « *Da alcuni anni noi chiudiamo « sistematicamente in apparecchi gessati anche le « forme fistolizzate secondo il metodo Solieri. Per « questi malati, che sono, di solito, i più gravi, « il beneficio della immobilizzazione è grande e « questo ci ha indotti ad adottare il metodo So- « lieri come metodo di scelta in tutti i casi* ».

« che ci dà l'intima e non meglio spiegabile « persuasione che pur c'è qualcosa in questo « metodo che nella sua semplicità fa vera- « mente bene ai malati ».

Circa la tecnica merita conto di fermarci sopra un punto che, nell'intendimento di diversi autori, sembra avere modificato il procedimento originario. Voglio dire sulla esecuzione di operazioni di maggiore o minore entità sull'articolazione, prima di includerla.

Io scrivevo nella prima memoria: « Previo « esame diligente dell'articolazione, la preparo « allo scopo di ottenere uno stato anatomo- « patologico adatto allo scolo dei liquidi nei « primi giorni dell'occlusione. Programma del- « la preparazione nelle articolazioni tubercolo- « se è la correzione della posizione, puntura, « od aspirazione di ascessi freddi periarticola- « ri, instillazione di miscela del Durante nei « tramiti fistolosi, rimozione da essi di piccoli « sequestri impegnati, abolizione di qualsiasi « drenaggio tubulare o capillare ».

In seguito, allo scopo di abbreviare il periodo di trattamento, valendomi della esperienza acquistata, ho, invece che svuotato coll'aspirazione, inciso direttamente col bisturì gli accessi freddi periarticolari ed asportato in via cruenta sequestri individuati e localizzati colla radiografia, per non attenderne la troppo lenta dissoluzione nel pus; poi ho incluso col gesso sino dalla prima medicatura.

Invero la sequestrectomia non è indicata o necessaria di frequente perchè, si sa, il processo tubercolare non dà luogo altro che di rado a grossi sequestri, che invece sono di norma nella osteomielite da stafilococco aureo o da altri germi piogeni, mentre il processo tubercolare decalcifica o disgrega il tessuto osseo in forma polverulenta od a piccoli sequestri frammentari. Alla resezione vera e propria delle articolazioni tubercolizzate, quale era comunissima e frequente molti anni addietro, io ora non ricorro quasi mai: metto sempre la occlusione a fondamento della cura. Il Calcagni è molto più generoso nella preparazione cruenta dell'articolazione, che però chiude tosto, seduta stante, nel gesso, e dichiara di avere così esteso la indicazione del trattamento occlusivo. Ora egli tratta anche, con risultati ottimi, a mezzo della occlusione processi tubercolari non articolari, cioè delle ossa e delle parti molli in genere.

Vengo ora a dire della mia casistica attuale, in cui sono compresi anche i 9 casi pubblicati già dal mio aiuto dott. Conti, mentre sono esclusi i casi in trattamento, di cui uno del ginocchio è avviato a guarigione e l'altro, pure affetto al ginocchio, presenta altre localizzazioni delle parti molli e ritengo non guarirà.

Sede del male	N.	Guariti	Esito negativo	Morti	Osservazioni
Anca	5	4	1	—	Il paziente ad esito negativo aveva localizzazioni multiple. Uno dei guariti era stato giudicato perduto.
Ginocchio	11	8	2	1	I pazienti ad esito negativo avevano localizzazioni multiple. Il morto aveva anche tubercolosi polmonare. Tre dei guariti avevano avuto indicata come unica speranza l'amputazione. In un quarto era stata fatta prognosi infausta *quoad vitam*.
Tibio astragalica	3	3	—	—	
Tarso	3	2	—	1	Il morto aveva anche tubercolosi polmonare.
Gomito	3	3	—	—	In uno dei casi era stata indicata come unica cura possibile l'amputazione.
Polso	3	3	—	—	
Rachide	4	1	1	2	L'infermo ad esito negativo aveva localiz. polm. Dei morti uno morì per amiloidosi, l'altro per meningite.
Totale	32	24	4	4	

Evidentemente gli infermi che hanno minore speranza di avvantaggiarsi del metodo occlusivo sono quelli presi dalla infezione tubercolare in sedi multiple e precipuamente nel polmone. Il che tuttavia non esclude che in qualche caso localizzazioni polmonari non gravi si siano viste migliorare ed anche guarire quando l'organismo rifiorisce mercè i molteplici benefici che l'apparecchio occlusivo apporta (cessazione del dolore, della febbre, dei sudori notturni, senso di euforia, e serenità di spirito, ripresa dell'appetito).

La pratica degli apparecchi occlusivi nella cura della tubercolosi articolare fistolizzata si è diffusa in questa regione anche fra i medici condotti.

Spesse volte ho veduto le cose fatte bene, altre volte non bene del tutto. La semplicità del processo può costituire un pericolo se si trascura la osservanza rigorosa delle norme fondamentali.

Io sono del parere che, almeno per i primi tempi, sia più utile affidare il paziente a mani sperimentate. Dopo, coll'opportuno indirizzo, potrà continuare la cura anche il medico condotto.

Gli errori più frequenti che ho avuto occasione di osservare sono questi:

Trascuranza di comprendere nel gesso le articolazioni immediatamente superiore od inferiore a quella malata, da che la immobilizzazione di questa non può riuscire perfetta.

Apparecchio troppo imbottito di cotone o non bene attillato. Così l'articolazione non resta fissata ed il medico attribuisce poi al metodo il successo mancato, mentre sola da incolpare è la tecnica non buona della gessatura.

Fissazione della parte malata in posizione viziosa; per modo che l'articolazione risulta guarita in positura tale da costituire un grave difetto per la funzione (piede sovraesteso, ginocchio flesso, o sovraesteso, gomito posto ad angolo ottuso). La correzione della posizione, se non può essere ottenuta completa in primo tempo, potrà essere raggiunta gradualmente nel rinnovo dei primi apparecchi.

La pratica di quanti sino ad ora hanno usato il processo occlusivo con rigido e spassionato criterio ha dunque confermato la utilità di esso.

Sono lieto poi di constatare che la occlusione e la rara medicazione si vanno accreditando anche per la cura di altre infermità. Ricordo in proposito la cura ambulatoria delle ulcere varicose secondo De Gaetano (1) la quale è basata appunto sulla occlusione.

Non è forse all'idea del De Gaetano del tutto estraneo l'influsso di questa lotta che io sostengo ormai da anni per la difesa di un metodo che per lo meno, come disse il Pieri, *risparmia al malato dolore e spesa ed al chirurgo tempo e pazienza.*

Forlì, gennaio 1929.

---

(1) DE GAETANO. *La cura ambulatoria delle ulcere varicose.* Riforma medica, XI, 43-1924; *La nostra cura ambulatoria delle ulcere varicose.* Policlinico, Sez. pratica, 1929, 28 genn., n. 4.

RIASSUNTO.

L'A. riepilogata la storia dell'argomento, che ha dato luogo ad interessanti discussioni, rileva dalla letteratura che il metodo occlusivo da lui proposto sino dal 1921 per la cura della tubercolosi articolare fistolizzata, ha incontrato il favore di chirurgi ed ortopedici, sino ad essere adottato come metodo di scelta in Istituti di primissimo ordine. Riferisce i risultati della propria esperienza e corregge alcuni errori in cui ha veduto cadere medici pratici.

BIBLIOGRAFIA.

SOLIERI S. *Il trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta.* Atti della Soc. Ital. di Chirurgia 1921.

CONTI L. *Il trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta.* La Rivista Ospedaliera, anno VII, vol. II. Roma, 1921, n. 21-22.

SOLIERI S. *Presentazione di infermi di t. a. aperta guariti con gli apparecchi gessati chiusi.* Atti della Soc. Ital. di Ortopedia. Firenze, 1922.

CONTI L. *Sopra un caso di tubercolosi articolare aperta trattata col metodo Solieri.* Comunicaz. all'adunanza della Soc. Medico-Chirurgica della Romagna, 25 nov. 1923; Gazzetta degli Osped. e delle Cliniche, 1924, n. 1.

TEDESCHI C. *La pratica del metodo Solieri per il trattamento chiuso,* ecc. Policlinico, Sez. Pratica, fasc. VI, 1924.

VANGHETTI. *In tema di medicazioni antimicrobiche.* Rinnovamento medico, n. 4, 1924, Genova.

SOLIERI S. *Ancora in tema di medicazioni antimibrobiche.* Ibid.

ID. *Sul trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta in rapporto alla immunità locale.* La chirurgia degli Organi di movimento, marzo 1924, vol. VIII, fasc. 3-4.

SOLDI A. *Un caso di tubercolosi articolare aperta trattata col metodo Solieri.* Comunicaz. alla 4ª adunanza della Società Medico-Chirurgica della Romagna. Maggio, 1924.

ALCI V. *Sul trattamento di svariate forme tubercolari aperte trattate col metodo Solieri.* Rinascenza medica, anno I, n. 21, 1924, Napoli.

CALCAGNI P. *Il trattamento chiuso della tubercolosi osteo-articolare aperta.* Ibid., anno I, n. 23, 1924, Napoli.

TEDESCHI C. *Gli apparecchi chiusi nel trattamento dei processi osteo-articolari aperti e le medicazioni antimicrobiche.* La Pedriatria pratica, anno II, n. 2, febb. 1925.

SUZZI O. *Il trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta.* Rass. Intern. di clinica e terapia, genn. 1925.

CONTI L. *Contributo alla cura della tubercolosi articolare fistolizzata col metodo Solieri.* Bull. delle Scienze mediche, tomo XCVII, serie X, vol. III, 1925, Bologna.

CAPECCHI E. *Ueber Behandlung offener Knochengelenkstuberklose unter Abschlutz.* Zeitsch. f. Orth. Chirurgie, 1925, Band XLVI.

BENCI U. *Sul trattamento della tubercolosi col metodo Solieri*. Policlinico, Sez. pratica, fasc. 29, 1925.
CAFORIO L. *Su la « rara vulnerum medicatio » nelle osteo-artriti tubercolari esposte*. Società Napol. di chirurgia, Sed. 4 luglio 1925; Rassegna intern. di Clinica e terapia, anno VI, n. 7, luglio 1925, Napoli.
PIERI G. *Contributo alla cura della tubercolosi osteo-articolare fistolizzata col metodo Solieri*. XXXII Congresso della Soc. Italiana di Chir., 25 ottobre 1925, Roma.
GAVINO JESU. *Contributo alla vaccinoterapia nella tubercolosi chirurgica*. La Med. pratica, anno XI, fasc. 2, pag. 48, febbraio 1926, Napoli.
CALCAGNI P. *Tubercolosi chirurgica aperta e apparecchio gessato chiuso*. Rinascenza medica, anno VIII, 1926, n. 9.
CAPECCHI E. *Ancora sulla cura della tubercolosi osteo-articolare aperta alla Solieri*. Policlinico, Sez. Pratica, anno XXXII, fasc. 29, luglio 1926.
BENCI U. *Ancora sul metodo Solieri nella cura della tubercolosi articolare aperta*. Archivio di Ortopedia, vol. 44, fasc. I, pag. 146, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE INFANTILE « BAMBIN GESÙ » - Roma
REPARTO DI MEDICINA
diretto dal medico prim.: Prof. UGO MANCINI

Su di un caso di Leishmaniosi interna infantile.

Dott. VINCENZO FANANO, assistente.

La Leishmaniosi infantile, affezione conosciutissima nell'Italia Meridionale e nella Sicilia ove si hanno di essa varii focolai endemici, non è molto frequente, anzi si può dire eccezionale, nell'Italia Centrale e Settentrionale. Casi di osservazione, nell'Italia Centrale e Settentrionale, sono riportati nella letteratura ma sono con tutta probabilità, importati da zone ove esistono centri endemici (casi di Barbacci osservati a Siena, casi di Sympa nella Campagna Romana ecc.).

Credo utile quindi riportare il caso che mi è stato dato osservare in Roma in una bambina proveniente da S. Remo.

La Leishmaniosi infantile interna fu segnalata in Italia per la prima volta nel 1905 dal Pianese a Napoli e studiata in seguito a Tunisi dal Nicolle.

L'agente patogeno è un protozoo della classe dei Mastigophora famiglia di Herpetomonas genere Leishmania, scoperto dal Leishmann nel 1903 nella milza di un individuo morto con i segni di una dissenteria cronica e, quasi contemporaneamente, dal Donovan; esso si riscontra in genere nella milza, nel midollo osseo e nel fegato, incluso nel protoplasma delle cellule endoteliali dei seni (cellule reticolo-endoteliali), nei grossi mononucleati o in ammassi di numerosissimi individui (ganghe) o libero, rarissimamente lo si trova nel sangue circolante.

Il parassita, della grandezza di due o tre micron, ha forma ovoide o rotonda e consta di una sottilissima membrana e di un protoplasma tenue omogeneo con nucleo rotondo e un corpicciolo di cromatina di forma bacillare (blefaroplasto) posto in vicinanza del nucleo. Si colora bene con il Giemsa: la membrana, il nucleo e il blefaroplasto in violetto intenso, il protoplasma in violetto tenue, qualche volta tendente al rosa.

Nelle colture, ottenute alla temperatura di 18°, semplicemente in una soluzione di citrato di sodio al 10 % (Rogers), oppure per semina di un po' di polpa splenica o di midollo osseo, in tubi di terreno N.N.N. (Nicolle) i parassiti che si riscontrano a prevalenza nel liquido di condensazione del terreno, prendono la forma flagellata.

Per ciò che riguarda la diffusione geografica della Leishmaniosi infantile si può dire che tutto il bacino del Mediterraneo ne sia contagiato, alcune regioni con veri centri endemici, altre soltanto con casi rari sporadici: pertanto numerosi casi sono stati segnalati nel litorale francese (Nizza, Marsiglia) nelle coste e nel centro della Spagna, in Portogallo, in Tunisia, in Algeria, nel Marocco, a Malta, ecc. In Italia le regioni più colpite anzi, si può dire quelle esclusivamente colpite sono la Sicilia e l'Italia Meridionale, nella quale si hanno numerosi centri endemici specie nel Napoletano (Boscotrecase e Boscoreale) e nel Palermitano.

La malattia colpisce l'infanzia e il maggior numero di colpiti si ha tra 1 e 3 anni, è rara al disotto di 1 anno, eccezionale da 5 a 10 anni.

Sembra che la stagione e le condizioni sociali abbiano notevole importanza: si è infatti notato che il maggior numero dei colpiti si ha in primavera o all'inizio dell'estate e che i bambini che più frequentemente ammalano sono quelli appartenenti a famiglie povere e in condizioni di ambiente disagiato (operai, vetturini, contadini, ecc.) rarissimamente sono quelli appartenenti a famiglia benestante.

Le cause debilitanti (lues, tbc., ecc.) favoriscono l'insorgere della malattia.

L'affezione ha in genere un andamento cronico. Iemma, a seconda della durata, ne distingue tre forme: una acuta della durata massima di due mesi (rarissima), una cronica

della durata di anni (1-2 e più) con periodi di remissione (molto rara) e infine una terza forma, che è la più frequente, a decorso subacuto della durata massima di un anno.

Le caratteristiche sintomatologiche sono: anemia progressiva con leucopenia, splenomegalia, febbre irregolare con elevazioni ed oscillazioni varie anche durante la stessa giornata. Sono frequentissimi inoltre agli arti inferiori e alla faccia, specie alle palpebre, edemi fugaci che danno al bambino l'aspetto di un piccolo nefritico.

Nel periodo di incubazione, del quale però non se ne conosce ancora la durata, si hanno spesso disturbi gastro-intestinali.

La triade sintomatica: splenomegalia, anemia e febbre irregolare, ci deve però far solo sospettare la diagnosi che sarà accertata solo quando si sarà riscontrato il parassita nell'organismo. La ricerca della Leishmania nel sangue circolante (Jakimoff) e, in caso di negatività di essa, l'inoculazione, per via endovenosa, di un po' di sangue del paziente ad un coniglio il quale dopo alcune settimane morirebbe con reperto di Leishmania nel polmone e nel fegato, come pure le ricerche sierologiche, quasi sempre ingannevoli per la loro positività anche in altre affezioni, sono ricerche di scarso valore e non rispondenti allo scopo (di Cristina, Caronia, Vaglio, ecc.). È necessario invece per la diagnosi, praticare sistematicamente (Iemma) la puntura del midollo osseo che è innocua e, in caso di negatività di essa, quella splenica circondandosi naturalmente delle dovute cautele.

Il problema della trasmissione della malattia rappresenta ancora oggi il punto più oscuro e di difficile soluzione. Molta importanza ha acquistato oggi la tendenza che vi è di identificare la Leishmaniosi canina con la umana (Basile, Sergent), in tal modo il cane verrebbe a rappresentare il serbatoio dell'infezione. Questa ipotesi però, sebbene corredata da molte prove, è tutt'altro che accettata da tutti.

Si è potuto osservare infatti la eccessiva scarsezza di Leishmaniosi infantile in zone ove sono stati trovati affetti un numero piuttosto grande di cani e la relativa scarsezza di Leishmaniosi canina in luoghi ove quella infantile è endemica.

Fra gli agenti trasmettitori furono presi in esame i più vari ematofagi: zanzare, mosche, pidocchi, pulci e cimici.

L'esistenza di un insetto trasmettitore è provata dalla stagione (primavera), dall'ambiente (insalubre) e dalla regione (temperata) ove la malattia è in genere più frequente.

Fra tutti gli insetti si tende a riconoscere alla cimice (Patton, Rogers, ecc.) e forse anche alla pulce (Basile) (specie da quelli che ammettono l'identità della Leishmaniosi umana e canina) la maggiore importanza nella trasmissione dell'affezione.

Passo senz'altro a descrivere il caso da noi osservato:

G. B., di anni 3, da S. Remo.

Ricoverata in ospedale il 4 maggio 1927. Genitori viventi e sani. La madre ha avuto due gravidanze condotte a termine: nessun aborto. Il padre, cantoniere ferroviario a S. Remo. I genitori della bambina non si sono mai allontanati dalla loro residenza abituale nel periodo che va dall'epoca del loro matrimonio fino all'inizio della malattia della bambina.

La paziente ha un fratellino più piccolo, in buona salute.

Nata a termine da parto eutocico, ha avuto allattamento materno fino a 11 mesi, epoca del divezzamento.

Vaccinata con esito positivo. Non ha sofferto di nessuno degli esantemi infantili.

Sembra che nell'ultimo anno sia stata in contatto con bambini di una famiglia vicina provenienti dalla Calabria. La madre riferisce che questi bambini avevano l'aspetto malaticcio. Uno di questi sembra sia morto, in seguito in Francia, di malattia che la madre della paziente non sa precisare.

Da circa due mesi, i genitori hanno notato nella bambina un progressivo deperimento, inappetenza, diarrea intensa e ribelle con numerose scariche al giorno, tumefazione progressiva dell'addome, febbre intermittente, irregolare sia per altezza, sia per ora d'inizio. Nei giorni che precedettero l'ingresso in Ospedale l'addome è aumentato in modo notevole, il deperimento, l'anemia e le irregolarità dell'alvo si sono accentuati.

E. O. — La bambina giace a permanenza in decubito laterale sinistro (posta in posizione supina prende, appena le è possibile, la posizione preferita sul fianco sinistro).

Condizioni di nutrizione molto scadenti. Cute e mucose visibili pallide; volto intensamente pallido di un pallore tendente al cereo. Succulenza della cute della faccia con edemi palpebrali molto appariscenti. Edemi non molto accentuati anche agli arti inferiori.

Molte linfoghiandole della grandezza di un pisello, mobili, indolenti nelle varie stazioni linfatiche.

Pannicolo adiposo poco sviluppato, masse muscolari flaccide. Lingua umida. Fauci nulla.

Torace: piuttosto scarno.

Alla percussione si ha discreta ipofonesi in corrispondenza delle apofisi spinose delle prime 3 vertebre dorsali. Per il resto suono chiaro polmonare bilateralmente.

Murmure vescicolare normale su tutto l'ambito. Non d'Espine. Cuore: nei limiti fisiologici. Toni: puri su tutti i focolai di ascoltazione. Addome: notevolmente aumentato di volume: contrastante con la magrezza del corpo. L'aumento

di volume è più appariscente nella metà sinistra che appare più prominente.

Sulla cute dell'addome è ben visibile la rete venosa superficiale.

Non si disegnano le anse intestinali.

Fegato debordante circa 3 dita dall'arco costale a margine duro; il limite superiore dell'ottusità epatica normale. La milza occupa tutto il quadrante superiore di sinistra e buona parte dell'inferiore dello stesso lato, raggiunge medialmente la linea mediana, in basso oltrepassa l'ombelicale trasversa di più di 3 dita. La sua superficie è pressochè liscia, la consistenza dura, il margine tagliente; è indolente alla palpazione.

Nulla all'esame del sistema nervoso, apparato genitale e sistema scheletrico. Motilità normale. Peso kg. 11,200.

Poco dopo l'ingresso in Ospedale venne praticato l'esame del sangue col seguente reperto: globuli rossi 3.500.000; globuli bianchi 6.300; emoglobina 60 %; valore globulare 0.85.

Formula leucocitaria: 0.

Neutrofili 16 %; Linfociti 51 %; Monociti 33 %; Eosinofili e Basofili 0 %.

Cutireazione alla tubercolina umana: + + +.

Wassermann: + + +.

Esame urina: Albumina-Indacano; Urobilina assenti.

Esame del sedimento: nulla di patologico.

Esame radioscopico: Notevole accentuazione delle ombre ilari con masse opache e qualche tralcio.

Riuscite vane tutte le ricerche, l'orientazione fu rivolta verso la leishmaniosi. La puntura della milza e della tibia fatte con le dovute cautele, ma senza alcuna preparazione speciale, con un sottil ago e siringa da puntura esplorativa, la prima; con ago speciale per puntura delle ossa, la seconda, dimostrò tanto nella polpa splenica, quanto nel succo del midollo osseo, la presenza di numerosissime leishmanie. La più gran parte di esse apparivano nel preparato, colorato con il May-Grumwald Giemsa, o libere o riunite in ganghe costituite alcune da numerosissimi parassiti; molto rare erano invece quelle incluse nei leucociti. Ne ho potuto osservare però fino a 20 incluse in uno stesso mononucleato che ne appariva addirittura infarcito. Parte di polpa splenica e di succo midollare seminato in terreno N. N.N. e lasciato a temperatura 18° per alcuni giorni, non dimostrò sviluppo di leishmanie ma si conservò sterile. Venne fatto ripetutamente l'esame del sangue periferico su strisci comuni e a goccia spessa senza però mai riuscire a rinvenire parassiti, pur presentandosi i preparati di polpa splenica e succo del midollo osseo ricchissimi.

Appena accertata la diagnosi venne iniziata la cura antimoniale. Si cominciò col fare le iniezioni endovenose, nella giugulare, di tartaro stibiato all'1 % nella dose di 5 cmc. di soluzione. Le iniezioni erano praticate, all'inizio, ogni sei giorni. Se ne praticarono 12.

In seguito tale via dovette venire abbandonata e si iniziò la cura per via endomuscolare con l'iniezione antimoniale Zambeletti. Di essa furono praticate 20 iniezioni alla distanza di 3 giorni l'una dall'altra.

Durante tutta la cura non si ebbero mai lesioni renali nè fenomeni di reazione locale o generale ad opera dei preparati antimoniali.

Durante la cura le condizioni della piccola paziente andarono migliorando; i disturbi intestinali furono i primi a scomparire; ritornò l'appetito e la vivacità abituale tanto che la bambina venne regolarmente lasciata libera di alzarsi e giuocare in giardino.

La febbre che per molto tempo aveva conservato la sua irregolarità, alla fine di agosto era scomparsa completamente. L'esame del sangue praticato pochi giorni prima che la bambina uscisse dall'Ospedale dette il seguente reperto: Globuli rossi 4.300.000; globuli bianchi 6.000; emoglobina 70 %; valore globulare 0.81.

Form. leucocitaria: neutrofili 62 %; linfociti 22 %; monociti 15 %; eosinofili 1 %.

In questo periodo le condizioni della bambina sono notevolmente migliorate: aumentato il peso, il colorito ritornato roseo; l'addome non è più molto voluminoso, e il fegato si palpa all'arco costale; la milza deborda appena due dita dall'arco costale e alla percussione in alto appare di poco ingrandita.

Il giorno 15 novembre 1927 la bambina viene dimessa dall'ospedale.

Il caso clinico da me riportato ci conduce a varie considerazioni: alcune di carattere clinico e terapeutico, altre profilattico.

La diagnosi di certezza di Leishmaniosi infantile interna potrà essere posta solo dopo aver riscontrato i parassiti nell'organismo e, di esso, nella parte ove più specialmente si annidano e cioè milza e midollo osseo, la triade sintomatica: febbre, splenomegalia, anemia, avendo indirizzato il diagnostico alla ricerca di esse.

Inutile risulta la ricerca dei parassiti nel sangue circolante: nella nostra paziente essa riuscì sempre negativa anche quando si tentò la ricerca con il metodo della goccia spessa.

Da segnalare nel nostro caso: la presenza di fatti tubercolari (cutireazione alla tubercolina + + + radioscopia: notevole accentuazione delle ombre ilari con masse opache e qualche tralcio) perchè molto frequenti negli affetti da Leishmaniosi; e la Wassermann positiva completa che però non ha valore di lues (potendosi molto frequentemente avere la Wassermann + + + in individui affetti da malattie da protozoi).

Da segnalare infine l'utilità dei preparati antimoniali per via sottocutanea. Noi abbiamo avuto ottimi risultati dall'iniezione antimoniale Zambeletti. Essa è stata ben tollerata dalla paziente e non ha mai dato reazioni, nè locali, nè generali, nè fatti tossici renali. Notevole importanza ha infine lo stabilire dove e da

chi abbia contratto la malattia la nostra paziente.

Per la località non c'è dubbio; certamente a S. Remo, dato il fatto che la bambina non si era mai mossa dal luogo di nascita.

Quale può essere stata la fonte del contagio? A parer mio debbono escludersi i famigliari risultando essi apparentemente sani e non essendosi mai allontanati dalla città dopo la nascita della bambina. Non credo quindi si possa mettere in dubbio l'origine del contagio da parte delle famiglie calabresi emigrate che avevano bambini malaticci uno dei quali, come risulta dalle notizie anamnestiche, morì in Francia probabilmente della medesima affezione della nostra paziente.

Questa constatazione ci porta a considerare molto seriamente il problema della profilassi la quale oltre che alla precoce diagnosi ed alla cura dei nuovi casi, deve anche essere diretta nei centri marittimi, oltre che sui cani randagi e sugli insetti che hanno certamente il ruolo di diffusori, anche sulla sorveglianza oculata degli immigrati.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di Leishmaniosi infantile interna osservato a Roma in una bambina di anni 3, nel quale la cura con tartaro stibiato ha dato ottimi risultati.

BIBLIOGRAFIA.

BARBACCI. *Su di un caso di leishmaniosi infantile interna osservato in Siena.* Rivista di Clinica Pediatrica, n. 2, 1926.

ID. *Il caso di leishmaniosi infantile osservato in Siena.* Policl., n. 19, 1927.

DE CAPUA. *La diffusione della leishmaniosi infantile.* La Pediatria, n. 9, 1926.

di K. A. d'origine francese. Arch. de M. des Enfants, II, 1925.

D'ORLNITZ, DANNAS LIOTARD, PUECH. *Quattro casi*

GIRAUD. *Le K. A. inf. en France.* Ibid., IV, 1926.

IACKIMOFF. *Studi sul K. A.* La Pediatria, 8, 1923.

IEMMA. *A prop. del K. A. infantile nella reg. del Mediterraneo.* Paris Médical, 23 agosto 1924.

ID. *A prop. del K. A.* Paris Médical, 7-II-1925.

ID. *Considerazioni sulla diagnosi e sulla terapia della Leishmaniosi infantile.* Presse Médicale, 1923, n. 70.

LABBÈ e AMENILLE. *Il K. A. infantile in Francia.* Le Nourisson, 1-1920

LOZANO. *Dos casos de K. A. infantile.* Arch. Espan. de Pediatria. sett. 1924.

SYMPA. *Casi di K. A. nella Campagna Romana.* La Pediatria, 1-X-1922.

TIMPANO. *K. A. in una donna di 23 anni.* Policl., aprile 1925.

VAGLIO R. *Trasmissione della Leishmaniosi interna.* La Pediatria, agosto 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI RESPIRATORI.

L'enfisema polmonare nei vecchi.

(SCHLESINGER. *Deut. Med. Woch.*, n. 5, 1929).

Comunemente per enfisema senile si intende l'atrofia senile del polmone, la quale può costituire uno dei sintomi di un marasma generale come può determinarsi in occasione di un processo polmonare cronico, specie se di natura tubercolare.

Nei vecchi enfisematici sono frequenti le bronchiti purulente o le bronchiettasie. Tali malati presentano allora un torace rigido, con spazi intercostali larghi e calcificazione delle cartilagini.

L'atrofia polmonare come l'enfisema vero si manifesta coll'abbassamento del margine polmonare inferiore e con la diminuzione dell'aia di ottusità cardiaca; la mobilità del diaframma è notevolmente diminuita, il suono di percussione sul polmone non acquista il carattere timpanico o raramente è avvertibile una pulsazione epigastrica, che invece è costante nei casi di enfisema puro.

Nelle forme di enfisema vero dei vecchi, quando la lesione si sviluppa in un polmone atrofico, si hanno sintomi che diversificano da quelli presentati dall'enfisema dei giovani e cioè torace a botte, spazi intercostali stretti, scapole rialzate, collo torto, suono di percussione polmonare a carattere timpanico, ottusità cardiaca scomparsa, itto cardiaco non palpabile. Esiste invece una pulsazione epigastrica, spesso rantoli, che indicano la presenza di un catarro bronchiale complicante, toni cardiaci deboli, 2° polmonare accentuato.

Il muscolo cardiaco spesso è in via di degenerazione, per cui non è sufficiente a sopportare il più lieve aumento di lavoro.

Vi è aumento del fegato e della milza.

Il sopraggiungere di una polmonite, e specialmente di processi influenzali, è deleterio, sia nell'atrofia polmonare che nell'enfisema vero, poichè se il malato sopravvive al processo infettivo, quasi sempre poi la convalescenza è lunga e noiosa.

L'enfisema può durare lunghi anni, anche senza che si determini uno scompenso; la tubercolosi in questi pazienti ha di regola un andamento benigno.

La terapia è utile negli stadi iniziali dell'enfisema vero per impedire o almeno ritardare il suo successivo sviluppo. Ad ogni modo la profilassi ha grandissima importanza.

La tumefazione del fegato, gli edemi ai malleoli od alla reg. sacrale, l'irregolarità del polso, rendono necessaria una cura di cardiocinetici. Nei casi complicati a bronchite, se l'escreato è abbondante, sono utili le inalazioni con olii eterei, o la cura per bocca di capsule

gelatinose contenenti eucaliptolo o mirtolo oppure di creosoto od idrato di terpina. Se invece la tosse è stizzosa e l'espettorato è scarso, sono indicate inalazioni con acque salate od alcaline.

Gli oppiacei debbono essere somministrati a piccole dosi.

E' stato proposto da alcuni AA. l'intervento chirurgico, che però finora ha dato scarsi risultati.
A. P.

L'empiema pleurico.

(FROMME. *Deut. Med. Woch.*, n. 13, 1929).

L'argomento è sempre importante; e le recenti epidemie di grippe lo hanno reso d'attualità. Il suo trattamento incontra grandi difficoltà e l'alta percentuale di mortalità è da riferirsi, in parte, all'intervento stesso. Due ordini di considerazione debbono regolare il criterio terapeutico: 1) può l'intervento modificare sfavorevolmente la malattia primaria, di cui l'empiema è solo una complicazione? 2) l'intervento provoca necessariamente un pneumotorace totale aperto e una compressione del mediastino che possono essere fatali.

Il chirurgo terrà conto delle eventuali indicazioni d'urgenza (compressione, setticemia ecc.); ma, mancando queste, farà dipendere il suo intervento e dalla quantità e dalla natura dell'essudato.

Nel praticare la puntura esplorativa, si eviterà di far penetrare aria nel cavo pleurico; va poi fatto sempre un accurato esame batteriologico del pus, giacchè l'apertura di empiemi tubercolari o non molto infettati è un grave errore.

Stabilita la necessità dell'intervento, risorge la questione antica del metodo aperto o chiuso; l'A. fa precedere delle punture che alleggeriscono la pressione del versamento, quindi applica un tubo di gomma attraverso un occhiello praticato nella parete toracica, evitando così ogni fenomeno di pneumotorace e potendo regolare a volontà l'efflusso del pus. Questo metodo ha il vantaggio di escludere ogni ulteriore intervento.

Quando si tratta di empiemi sicuramente incapsulati, è preferibile un ampio e aperto drenaggio; così negli empiemi putridi. La cura dell'empiema non può dunque seguire un unico schema.

Le sole punture, mentre possono riuscire utili nei bambini, rimangono senza risultato negli adulti; il punto migliore per praticare una resezione costale è la linea ascellare posteriore o un poco avanti a questa. In seguito si avrà cura che il polmone torni ad espandersi completamente, e solo in questo caso si potrà parlare di una vera guarigione dell'empiema, ad affrettar la quale può valere il lavaggio del cavo pleurico, fatto con un catetere molle, sotto non forte pressione e usando soluzione fisiologica o Dakin. Se il polmone stenta ad espandersi, si interverrà o con adatta ginnastica respiratoria o creando una pressione fortemente negativa nella pleura mediante una pompa aspirante applicata al tubo di drenaggio (Perthes).

Il polmone si dilata bene quando si è intervenuto precocemente, prima cioè che si siano formate aderenze; si dilata lentamente invece quando si è lasciato all'empiema il tempo di incapsularsi e, infine, non si dilata affatto quando le aderenze sono troppo tenaci, quando il polmone stesso è malato (ad es. tbc.), se si è formata una fistola bronchiale, se è stato scelto male il punto della toracotomia, o infine se è rimasto nel cavo qualche corpo estraneo. Si ha allora la formazione dell'empiema cronico, che si cura o con una plastica intrapleurica, o con il riempimento della cavità con sostanza vivente, o colla decorticazione del polmone (poco usata).

Vanno brevemente ricordate le complicazioni dell'empiema: metastasi, setticemia, ascessi del polmone, formazione di nuove cavità piene di pus, embolie settiche attraverso le vene del polmone. In caso di empiema tubercolare si può eseguire un trattamento conservativo, a meno che non si produca un'infezione mista, nel qual caso s'impone la toracotomia (Sauerbruch).

Concludendo la cura dell'empiema non può essere schematizzata e varia da caso a caso.
V. SERRA.

Sintomi e diagnosi delle cisti idatiche del polmone.

(R. BROC e JAUBERT DE BEAUJEU. *La Tunisie Médicale*, 1929, marzo).

La cisti idatica del polmone tiene, per quanto a grande distanza, il secondo posto nelle statistiche generali; tuttavia malgrado la sua frequenza relativa, essa resta per il medico pratico una rarità clinica la cui diagnosi è sempre difficile.

Vi sono forme latenti che solo la radioscopia fa riconoscere e che si sviluppano silenziosamente per lungo tempo in seno al parenchima polmonare, anche per parecchi anni senza dar luogo ad emottisi, segno precursore per eccellenza secondo Dieulafoy.

Quando la cisti risiede alla base dei polmoni ed ha acquistato un certo volume e si avvicina alla periferia dell'organo, dà luogo a sintomi fisici e funzionali che fanno porre la diagnosi di pleurite. La puntura esplorativa dando esito ad un liquido chiaro come acqua di roccia, conduce ad una diagnosi inattesa.

Le cisti idatiche del polmone possono essere confuse con delle pleuriti purulente e in questi casi la puntura esplorativa stessa conduce ad un errore inevitabile, corretto dall'intervento chirurgico.

Spesso essendo assai scarsi i sintomi funzio-

nali, il malato viene a consultare il medico per altra affezione; dimagramento, disturbi gastrici, astenia ecc., finchè improvvisamente sopraggiunge l'emottisi.

Queste emottisi precoci sono apirettiche ed è questo carattere che permette di pensare che la tubercolosi non è in causa.

Quando però le emottisi si producono in seguito a poussées congestive o infettive intorno alla cisti o al momento della rottura, o in seguito alla suppurazione della cisti, esse perdono i loro caratteri così particolari di integrità assoluta dello stato generale, di apiressia, di cessazione brusca della tosse e dell'espettorato e non hanno più alcuna utilità diagnostica: esse indirizzano allora verso la tbc. polmonare o l'ascesso del polmone.

In questi casi sono di grande utilità per la retta diagnosi: i ripetuti esami dello sputo, l'evoluzione della malattia, la radiografia.

Due sono i sintomi veramente patognomonici: l'espulsione della membrana e l'esame del liquido estratto con la puntura. La radioscopia stessa può dare luogo ad errori se le imagini osservate sono considerate isolatamente.

Anche le ricerche di laboratorio possono, se prese separatamente, indurre in errore.

Solo un esame completo ed accurato del malato potrà portare il medico verso la retta diagnosi.

VICENTINI.

ORGANI DIGERENTI.

Carcinoma dello stomaco.

(WALTON A. J. *The British Medical Journal*, maggio 25, 1929).

L'A. in una conferenza tenuta all'Associazione medica inglese, riferisce su 262 casi di carcinoma gastrico, da lui studiati e sottoposti a intervento operativo.

Egli non pensa che con l'andare degli anni questa malattia sia divenuta più frequente, anzi ha notato una certa diminuzione, che mette in rapporto col maggior numero di ulcere gastriche operate. Più di 3/4 dei casi erano tra 40 e 70 anni; solo 3 sotto i 30 anni. Nota anche, come la malattia gli risulti più frequente negli uomini (forse per la maggiore frequenza in questi delle ulceri peptiche).

Anatomo-patologicamente afferma che in genere questi tumori sono primari e per lo più sorgono dagli elementi glandolari; ricorda un tipo che appare relativamente benigno il quale si svilupperebbe dalla grande curvatura e sebbene molto voluminoso, verrebbe rimosso abbastanza facilmente. Le forme più comuni sono quelle scirrose, con deformità a clessidra o d'altro tipo, che molto spesso danno metastasi voluminose. L'A. ebbe solo 4 casi di linite plastica che pensa di sicura origine carcinomatosa. Riguardo alla possibile trasformazione di ulceri benigne in neoplosmi pensa che ciò sia certamente avvenuto nel 10 % dei suoi casi e pertanto consiglia l'intervento radicale su ogni tipo di ulcera.

I sintomi di questi tumori spesso sono insidiosi sia perchè poco manifesti, sia perchè talvolta non sono localizzati allo stomaco; possono precedere i sintomi di ulcera semplice. L'esame del succo gastrico avrebbe molta importanza quando manifesta mancanza di HCl libero e diminuzione dell'acidità totale. L'esame Röntgen è importante perchè in un primo periodo dà assenza di onde peristaltiche su una piccola zona, e poi le lacune tipiche.

Infine ricorda come il neoplasma del piloro, contrariamente all'ulcera, dia solo per breve tempo segni di stenosi.

Sul trattamento pensa che nulla, per ora, sia da tentarsi al dilà dell'operazione; dei suoi 262 casi (operati in stadi vari) può considerarne guariti solo 9. Egli pratica la gastrectomia parziale più ampia che sia possibile, per lo più asporta i gangli periceliaci e poi pratica massive applicazioni di radium.

Dal punto di vista dell'indicazione urge sorprendere i casi all'inizio, e per tanto, pur non essendo un fautore della facile laparotomia esplorativa, consiglia d'intervenire ogni qual volta in un paziente di media età esista una storia di dispepsia progressiva e il succo gastrico si dimostri anacloridrico. Le ulceri gastriche croniche debbono sempre essere resecate. La grandezza del tumore non costituisce una controindicazione, bensì le metastasi.

FERRO-LUZZI.

La duodeno-digiunostomia.

(BOPPE. *Journ. d. Chir.*, t. 33, n. 1).

L'A. ha raccolto 113 casi, pubblicati coi risultati lontani, clinici e radiologici, in base ai quali si propone di precisare la tecnica e le indicazioni di questo intervento. La duodeno-digiunostomia è applicabile alle stenosi basse, sotto-vateriane: quelle comprese tra la 2ª e la 3ª porzione del duodeno sono trattate con la *duodeno-digiunostomia sottomesocolica a destra del mesentere;* quelle più basse, molto più rare, nelle quali l'anastomosi deve cadere sulla 4ª porzione del duodeno, richiedono una *duodeno-digiunostomia sottomesocolica a sinistra del mesentere.* In ambedue i casi l'A. consiglia la mobilizzazione del duodeno nella porzione da anastomizzare.

1) *Duodeno-digiunostomia a destra del mesentere.* Tirando il mesocolon in alto e a destra e la radice mesenterica in basso e a sinistra si vedrà tendere una plica peritoneale che verrà incisa trasversalmente. Si penetra in uno spazio scollabile dal quale è possibile mobilizzare ed esteriorizzare tutta la 3ª e parte della 2ª porzione del duodeno. Fissazione dei bordi della

breccia peritoneale al duodeno esteriorizzato. Anastomosi isoperistaltica con la 1ª ansa digiunale.

2) *Duodeno-digiunostomia a sinistra del mesentere.* La 4ª porzione del duodeno non può essere abordata dalla faccia anteriore che è coperta dai vasi dell'angolo duodeno-digiunale e non di rado anche dalla radice mesenterica; ma può essere scoperta a sinistra dei vasi mesenterici lacerando la faccia sinistra del mesentere lungo la sua linea di riflessione sul peritoneo parietale preduodenale. Si scolla il mesentere verso destra e si scopre così D_4 e anche parte di D_3. Scollamento duodeno-pancreatico, esteriorizzazione di D_4 e anastomosi.

L'A. ha applicato tale intervento in un caso di ulcera peptica con ansa afferente cortissima. La mobilizzazione di D_4 gli permise di ristabilire la continuità intestinale duodeno-digiunale dopo aver resecato l'ulcera e le due anse afferente ed efferente. Clairmont ha ricorso alla mobilizzazione di D_4 11 volte.

L'A. considera i risultati della duodeno-digiunostomia dividendoli in 4 gruppi e basandosi sulle principali statistiche.

1) *Nelle stenosi per compressione arteromesenterica.* Su 111 casi, 3 morti operatorie, cioè il 2,7 %. Quanto ai risultati lontani si ha 70 % guariti completamente, 15 % migliorati, 5 % *statu quo*, 10 % troppo recenti per poterne tener conto. Tali risultati sono migliori di quelli della gastroenterostomia che alcuni autori ancora sostengono.

La g. e. nelle stenosi duodenali sottovateriane è operazione illogica perchè lascia evidentemente persistere la stasi duodenale.

L'A. ha raccolto 22 osservazioni di duodeno-digiunostomia secondaria dopo insuccesso della g. e. mettendo in evidenza come una causa poco nota d'insuccesso della g. e. sia da ricercare nell'esistenza di stenosi duodenali sottovateriane misconosciute. Richiama perciò l'attenzione su queste stenosi e sull'opportunità di un'esplorazione metodica del duodeno sottomesocolico.

a) Per le *stenosi associate a ulcere* conviene agire su ambedue praticando una gastroenterostomia e una duodeno-digiunostomia;

b) Per le *stenosi associate a ptosi colica* la duodeno-digiunostomia può essere completata, se del caso, con una colopessia;

c) Per le *stenosi associate a dilatazione gastrica* è ancora la g. e. che va associata alla duodeno-digiunostomia. In questi casi Delbet ha proposto e in un caso ha realizzato un intervento unico con una sola bocca, che interessava l'antro, il piloro e la prima porzione del duodeno, anastomizzata con un'ansa digiunale.

2) *Nelle stenosi per periduodenite sottomesocolica o briglie all'angolo duodeno-digiunale* la sezione delle aderenze dà spesso, per la loro setticità, un decorso postoperatorio complicato e non di rado si hanno recidive. La duodeno-digiunostomia dà risultati migliori e duraturi.

3) *Nelle stenosi per malformazioni duodenali* (megaduodeno, angolo duodenale supplementare) *o per tumori del duodeno o delle vicinanze* è ancora la duodeno-digiunostomia al punto più declive l'operazione di scelta.

L'A. trae il suo lavoro da alcune statistiche, le più complete, tralasciando le osservazioni isolate fra cui quelle di Alessandri (megaduodeno: duodeno-digiunostomia, guarigione), Leotta, Puccinelli e qualche altro.

G. PACETTO.

Il volvulo dell'intestino.

(ROWLANDS. *British Medical Journal*, 16 febbraio 1929).

La rotazione o torsione volvulare può colpire ogni organo mobile e specialmente quelli che sono pendolari e più o meno peduncolati, come il colon pelvico, il cieco, la milza, il testicolo ectopico, le cisti ovariche o i fibromi sottoperitoneali. Meno frequentemente sono colpiti la cistifellea, il fegato e lo stomaco.

Il volvulo dell'intestino che ne provoca la occlusione può essere acuto, cronico e ricorrente, semplice e composto. Ogni parte dell'intestino tenue, eccetto il duodeno, ed ogni parte dell'intestino grosso, eccetto il retto, può essere colpito da volvulo. Le sedi più comuni sono il colon pelvico ed il cieco.

Le cause determinanti sono le imperfezioni congenite, in ispecie i rilassamenti del mesentere, il mesosigmoide lungo con base stretta, il cieco ed il colon ascendente mobile e pendulo. Può essere provocato anche dalla distensione ed allungamento del colon pelvico associato a stipsi cronica ed a ripetuti prolassi del retto. I traumi, i violenti movimenti rotatori, le operazioni possono far spostare e contorcere gli intestini.

Le conseguenze del volvulo sono spesso gravi: la occlusione dei vasi può determinare edema, emorragia, infarto, necrosi e gangrena dell'intestino contorto, fatti ai quali si devono aggiungere i pericoli dell'occlusione intestinale.

Il volvulo dell'appendice e del diverticolo di Meckel può provocare gravi attacchi infiammatori, o gangrena della parte contorta, con peritonite ed ileo.

I sintomi ed i segni del volvulo acuto sono quelli dell'occlusione intestinale acuta: forte dolore addominale spasmodico, vomito caratteristico, stipsi assoluta, collasso, polso debole e lento, temperatura subnormale. La peristalsi visibile a grandi onde è quasi caratteristica del volvulo del grosso intestino, ma non è costante. Nel volvulo dell'intestino tenue la visibilità della peristalsi è meno comune e le onde sono più piccole ed il meteorismo meno

imponente, ma la gravità dei sintomi è maggiore e la marcia verso l'esito fatale più rapida.

I sintomi del volvulo cronico e ricorrente sono quelli dell'occlusione intestinale cronica: attacchi colici con meteorismo, indigestione, stipsi cronica interrotta di tanto in tanto da diarrea, ma senza sangue nelle feci. L'esame radiografico dimostra notevole dilatazione e ristagno nella parte affetta.

Il volvulo si distingue da tutte le altre forme di occlusione intestinale sopra tutto per l'inizio acutissimo, il rapido progresso dei sintomi e dall'enorme meteorismo che si stabilisce in brevissimo tempo. La visibilità della peristalsi a larghe onde è indice di volvulo dell'intestino grosso: la peristalsi visibile nella fossa iliaca sinistra indica volvulo del cieco, quella visibile nell'ipocondrio destro il volvulo del colon pelvico. Spesso nell'anamnesi si trovano attacchi colici senza febbre. La mancanza di febbre tende ad escludere l'appendicite, la colecistite e la diverticulite.

Il volvulo del grosso intestino è spesso scambiato con le più comuni affezioni ostruenti di detta parte dell'intestino, come il cancro, che pur esso provoca intensa, ma meno rapida, distensione gassosa. Nel cancro, per altro, ci sono sempre precedenti di stipsi alternata a diarrea, e feci con sangue e muco.

Il volvulo cronico e ricorrente è facilmente scambiato con la stipsi cronica. Gli esami radioscopici accurati e ripetuti possono rivelare la dilatazione caratteristica del volvulo.

Il volvulo del cieco si può scambiare con l'appendicite ricorrente o le coliche appendicolari, ma la mancanza di febbre chiarisce la diagnosi.

La dilatazione del cieco, la sua mobilità e il suo aspetto pendulare, correggono l'errore ad addome aperto.

La cura del volvulo acuto deve avere due scopi: salvare la vita del paziente eliminando l'occlusione intestinale acuta, prevenire la possibilità della ripetizione dell'accidente.

La mortalità per volvulo acuto raggiunge quasi il 50 %, ed una percentuale così alta devesi sopra tutto al ritardo dell'intervento.

L'operazione consiste in una larga incisione paramediana destra del basso addome in modo da mettere in evidenza una buona parte dell'intestino e operare liberamente. Prima di procedere allo scioglimento della parte contorta si svuoterà l'intestino del gas mediante puntura fatta con un ago o con una cannula: talvolta è meglio sezionare l'intestino e utilizzare poi quest'incisione per un'eventuale colostomia o cecostomia. In qualche caso di volvulo del colon pelvico si può fare il drenaggio con un tubo introdotto attraverso l'ano. Quando l'intestino è gangrenato lo si reseca e possibilmente si ristabilisce subito la continuità del tubo intestinale. Talvolta occorre rimandare l'operazione radicale dopo avere scongiurato con il primo intervento il pericolo immediato.

Il volvulo cronico può essere curato con la escissione della parte contorta, con la formazione di un circuito breve, con la fissazione della parte contorta con o senza drenaggio temporaneo.

Dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Prof. D'Arrigo. *Manuale di anatomia patologica e tecnica delle autopsie.* Idelson ed., Napoli, 1928. L. 70.

La 2ª edizione del pregevole manuale di tecnica delle autopsie di diagnostica anatomo-patologica stampato nel 1917, diviene con amplificazioni e con moderno indirizzo, un denso volumetto di 835 pagine che ha il pregio di affrontare senza prolissità una materia così ardua e di difficile compendio.

Il nuovo manuale è quindi specialmente indirizzato allo studente ed al pratico per un'immediata e precisa consultazione.

Il libro comprende in due primi capitoli un'esposizione di tecnica per autopsie e dei mezzi occorrenti; quindi vengono sviluppati per ogni capitolo successivo, le alterazioni anatomo-patologiche secondo i vari organi. Ciascuno di questi capitoli premette un breve ricordo di anatomia normale e di fisiologia, riguardante l'organo preso in esame, e necessari ricordi di patologia generale e speciale che servono ad interpretare le singole alterazioni anatomo-patologiche. Gli ultimi due capitoli concernono le autopsie medico-legali e le indagini di laboratorio più strettamente connesse alle ricerche istologiche.

Il volume è corredato da disegni fotografici schematici, di ottima utilità didattica.

R. Gosio.

H. Plenk. *Histologischer Atlas von Zupfpraparaten unfixierter menschlicher Organe und Gewebe.* J. Springer, Wien 1928. Mk. 6.

Tornare ad occuparci di preparati per dilacerazione non fissati dopo i progressi della moderna tecnica microscopica potrà sembrare un regresso, ma chi scorra le poche pagine di testo e le tavole del piccolo atlante del dott. Plenk si convincerà che questo metodo ha ancora qualche cosa da insegnare specialmente a chi si occupa di microscopia clinica.

Dopo pochi, ma esaurienti e precisi dettagli di tecnica, e dopo aver trattato delle più comuni formazioni che nei preparati a fresco si possono presentare e trarre in errore (gocce di grasso, bolle d'aria, ecc. ecc.) l'A. passa allo studio dei singoli organi e tessuti che sono poi illustrati nel loro aspetto a fresco nelle tavole che chiudono il testo. Dalle gocce di grasso ai villi placentari, dalle cellule del

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sangue alle cellule renali tutto è rappresentato con chiarezza e precisione sì da ritrarre con fedeltà l'immagine microscopica.

Noi crediamo di riscontrare nel volumetto oltre che una pregevole opera scientifica, una guida preziosa nell'esame a fresco di urine, feci, escreati, transudati, ecc., nelle ricerche medico-legali e in tutta la pratica istologica comune.

TORRIOLI.

VON GIERKE. *Taschenbuch der Pathologischen Anatomie.* X edizione. Leipzig, Thieme ed.

Di questa 10ª edizione sono uscite fin'ora due parti. Nella prima sono trattate le nozioni generali sulle varie cause di malattie dai batteri agli agenti fisici e chimici, ai protozoi ecc.; le alterazioni anatomiche dei vari organi in generale, le varie forme di infiammazione, ed infine nel sesto e settimo capitolo le proliferazioni dei tessuti e i tumori.

Nella seconda parte sono compendiate le malattie del cuore e dei vasi, dello stomaco e dell'intestino, del fegato, dei polmoni, delle ghiandole a secrezione interna, delle ossa, del sistema nervoso centrale e periferico e degli organi genito-urinari.

I due volumetti di circa 200 pagine l'uno sono scritti con chiarezza e concisione e sono intercalati da circa 150 figure in nero.

R. BRANCATI.

R. A. SANTAELLA. *Manual de Embriología general y especial.* Un vol. in-16° di pag. 270 con 200 figure. Madrid, 1929. Javier Morata editore. Prezzo 10 pes.

Questo manualetto, destinato agli studenti di medicina, contiene le nozioni fondamentali dell'embriologia, esposte con chiarezza e precisione.

È diviso in due parti: generale e speciale. La prima tratta della formazione dei foglietti germinativi, del compito ulteriore di ciascuno di essi, della metamerizzazione, degli annessi embrionari. La seconda descrive la formazione dei singoli organi e sistemi. Il lavoro è copiosamente illustrato; molte delle figure sono tratte da preparati originali.

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

I Convegno Italiano di Medicina Sociale

(Milano 17-20 giugno 1929).

Abbiamo già dato notizia di questo convegno (1° luglio, pag. 946), che è stato ricco di vivaci dibattiti e di logorroiche battaglie, specialmente per opera dei non pochi avvocati che vi hanno preso parte e che hanno spesso trasformato il Convegno, destinato a discutere serenamente dei problemi scientifici e tecnici, in un'aula tribunizia, pervasa da cavilli curialeschi.

Numerosi sono stati i relatori sui tre temi proposti, sicchè non è possibile dare che delle informazioni schematiche di quanto essi hanno esposto.

L'assistenza medico-sociale agli infortunati.

A. FIORETTI, come medico-capo del Patronato Nazionale di Assistenza sociale, illustra l'azione di questo, consistente nella disinteressata tutela dell'operaio nell'ambiente di lavoro. Il Patronato segue l'operaio in tutte le vicende del suo infortunio fino alla liquidazione ed affronta importanti questioni di medicina legale, assistendo poi il minorato nei propri centri sanitari, nella famiglia, nella fabbrica. Tale opera verrà intensificata, in modo da renderla sempre più adeguata ai suoi compiti.

LATTES richiama l'attenzione sul criterio troppo individualistico che domina nell'applicazione delle leggi di assicurazione sociale e rileva che il criterio corporativo, il quale mira soprattutto agli interessi collettivi, coincide con quello classico medico-legale della indipendenza ed imparzialità dei giudizi medici. La medicina del lavoro è funzione pubblica, quasi di Stato, e sarebbe da augurarsi che i medici che la esercitano continuativamente fossero legati da giuramento.

D'ALESSANDRIA osserva che, mentre gli Enti filantropici provvedono all'assistenza dell'infortunato, è lasciato alla volontà di questi di seguirle o meno. L'obbligo, invece, dovrebbe essere bilaterale e, sotto tale punto di vista, è specialmente importante l'ultimo periodo della cura, la rieducazione funzionale spesso indispensabile dopo la guarigione anatomica.

CAZZANIGA, a proposito dei *grandi invalidi del lavoro*, osserva che il problema della loro assistenza, oltre che problema economico, è problema tecnico e questione morale. È all'Ente Nazionale, testè creato, che spetta tale assistenza. Problema grave, dato anche il numero non indifferente di questi infelici: 2000 (esclusi i morti) nell'ultimo decennio, a cui vanno aggiunti quelli resi invalidi in epoca anteriore e quelli che si aggiungono, in quantità di circa 300 all'anno. La forma più razionale di assistenza è il ricovero in adatti Istituti a regime ospiziale; di particolare importanza sono poi la rieducazione e le forniture protetiche. L'O. ha riferito anche altre cifre interessanti. Fra questi grandi mutilati, solo il 12 % è dato dal sesso femminile. Il 52 % è dato dall'Alta Italia, il 27 % dall'Italia Centrale, il 21 % dalla Meridionale ed isole. Nel 57 % si tratta di ultramutilati (ivi compresi i ciechi) che menano spesso un'esistenza miserevole.

Coordinamento delle previdenze assicurative.

MEDALAGHI ha fatto presenti le difficoltà che si oppongono alla fusione di tutti i rischi del lavoro in un rischio unico, con livellazione delle prestazioni. Si possono invece avere dei coordinamenti e delle unificazioni parziali. In Italia, del resto, astraendo dall'Assicurazione infortuni, le altre assicurazioni sono raccolte nella sfera d'azione di un solo Istituto, la Cassa nazionale per le Assicurazioni sociali, sicchè le diverse attività hanno una più stretta coordinazione che in ogni altro Stato.

CALAMANI ha insistito essenzialmente sul concetto che per l'esercizio delle assicurazioni in genere occorrono grandi e ben complessi organismi di Stato, a base nazionale e si oppone quindi alla tendenza di sgretolare i grandi Istituti assicuratori per dar vita a nuovi Enti. Vi è invece larga possibilità di coordinamento e di collaborazione fra i varî rami dell'assistenza sociale ed i molteplici organi che concorrono ai fini di questa, specialmente nei riguardi della difesa della salute pubblica, organi ed istituzioni che spesso si ignorano addirittura fra loro.

GIANNINI osserva che sotto il punto di vista della coordinazione, le assicurazioni sociali hanno assunto in Italia un assetto tale da superare quello che era sembrato ad inglesi e tedeschi uno stato di perfezione e ciò con i due grandi Istituti per gli Infortuni e per le assicurazioni sociali. La vera ed essenziale coordinazione fra tutte le branche assicurative può conseguirsi nell'ambito delle funzioni assistenziali, conferendo alla previdenza un programma biologico, il quale assuma ad oggetto delle proprie cure la donna-madre e si proponga la tutela della salute in tutte le successive fasi della vita fino alla protezione dei superstiti del lavoratore. Un simile orientamento potrebbe persino proporsi cómpiti trascendenti i limiti dell'organizzazione nazionale, per arrivare alla tutela internazionale, con una leale collaborazione di tutti i paesi. Questo stadio di superiore perfezionamento presuppone una profonda organizzazione del campo della medicina sociale, che purtroppo è ancora assai trascurata in Italia.

Il punto di vista medico-legale nell'assicurazione infortuni.

RAMERI ha messo in rilievo i molti inconvenienti che si hanno specialmente nel funzionamento dei comitati di liquidazione per gli infortuni agricoli. Si è dichiarato contrario alla presenza nel collegio giudicante dei rappresentanti di classe ed ha rilevato le manchevolezze di funzionamento delle attuali commissioni arbitrali. Secondo un decreto dello scorso anno, le controversie individuali del lavoro sono state deferite alla decisione dei Pretori e dei Tribunali in prima sede ed, in appello, alla Magistratura del lavoro. Agli stessi organi, dovrebbe essere deferita ogni controversia in materia di infortuni sul lavoro; si avrebbe così una gerarchia di istanze dotate di una salda autorità dal punto di vista giuridico e di una competenza di specialisti dal punto di vista tecnico.

LEONCINI ha illustrato il complesso capitolo delle concause in fortunistica ed ha affermato la necessità che la *scelta dei periti* non venga fatta a caso, ma traendoli dai professionisti di particolare e riconosciuta competenza. Su questo argomento ha insistito anche F. CIOFFI ed è stato votato anche un ordine del giorno di PROSPERI. La questione è indubbiamente della massima importanza per la serietà dei giudizî in materia, tanto che è stato inclusa anche in due altri ordini del giorno.

CIAMPOLINI osserva che la struttura generale dell'assicurazione infortunî e, in complesso, buona ed abbisogna soltanto di alcune modifiche, quali: l'elevare la soglia del danno risarcibile, il compensare in modo privilegiato i grandi invalidi e l'obbligatorietà delle cure, anche chirurgiche. Egli si è dichiarato favorevole alla conservazione dell'indennizzo sotto forma di capitale anzichè sotto quella di rendita, come si fa in alcune nazioni, proposta evidentemente dettata dal giusto timore che non esistano organi statali e parastatali con stabilità di azione sufficiente per dare la piena garanzia di una rendita vitalizia per tutti gli infortunati, non soltanto oggi, ma domani ed oltre, in un futuro senza limiti.

Contro l'obbligatorietà delle cure chirurgiche si è pronunciato PALMIERI, il quale ritiene che agli infortunati non può essere fatto neppure un obbligo indiretto.

Fra le diverse *comunicazioni*, citiamo quella di BORGHI il quale, basandosi sui dati relativi a circa 60.000 casi di infortunio a carico dell'apparato visivo, rilevò la tendenza attuale a confondere la diminuzione della vista con la diminuzione della capacità al lavoro e quindi a liquidare un'indennità ad individui che, dopo il subito infortunio, possono attendere al loro lavoro con la stessa capacità e produttività di prima. Il risultato si è che l'operaio impara a ricercare il piccolo infortunio e, qualche volta, trova addirittura chi glielo crea.

Il Convegno, organizzato egregiamente da A. PISA e presieduto spesso, con la necessaria energia, da C. FOÀ, si è chiuso con una bella gita a Bellagio ed una colazione offerta alla Villa Serbelloni dal Comitato organizzatore.

fil.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 10 maggio 1929.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

La percentuale di frequenza dei gruppi sanguigni negli italiani calcolata su un quadro regionale completo.

D. VIOLA. — Riferisce di alcune sue ricerche tendenti a stabilire il gruppo sanguigno in 670 individui nati in diverse regioni italiane e, riferendosi ai suoi precedenti studi in proposito, presenta un quadro regionale completo della frequenza dei gruppi sanguigni in Italia, in base al quale egli calcola quella degli italiani considerati nel loro complesso nazionale ed ottiene: 1° Gruppo 36,7 %; 2° Gruppo 46,0 %; 3° Gruppo 11,6 %; 4° Gruppo 5,7 %; Indice biochimico di razza 3,0.

L'O. ritiene che queste sue cifre più di ogni altro si avvicinano alla realtà vera delle cose, perchè per la prima volta calcolate su un quadro

regionale completo, e su un numero di soggetti superiore a quello degli altri ricercatori.

Metodo di arricchimento nell'esame morfologico del sangue.

Callerio Carlo. — L'O. espone un metodo di arricchimento per i globuli bianchi e gli elementi immaturi della serie rossa basato sulla centrifugazione di sangue reso incoagulabile con alcune goccie di una soluzione all'1/100 di Heparin. Usando questo metodo ha potuto osservare il vantaggio che se ne può ricavare specialmente in alcune forme di emopatie quando la scarsezza di elementi immaturi nel sangue circolante rende la ricerca non sempre facile e sicura.

Sulla polmonite sperimentale da virus vaccinico.

L. Cattaneo. — L'O. in una serie di esperienze ha eseguito inoculazioni di virus vaccinico nella trachea e nei polmoni del coniglio arrivando alle seguenti conclusioni:

Il neurovaccino inoculato nel coniglio per via tracheale e per via intrapolmonare bilaterale è capace di produrre una pleuro-polmonite mortale con un decorso clinico caratteristico e con un reperto istopatologico tipico di una polmonite fibrinosa.

La linfa vacciniva di Pavia invece, introdotta nel coniglio per le stesse vie, non è capace di produrre una polmonite, ma solamente una lievissima infezione non rilevabile nè clinicamente nè anatomicamente, sufficiente però per provocare l'immunità negli animali che hanno subìto l'inoculazione.

Afta epizootica sui bovini.

Il dott. Luigi Migliavacca, medico veterinario di Lomello, ha comunicato i primi risultati ottenuti da un nuovo trattamento profilattico e curativo dell'*Afta Epizootica sui bovini* con materiale preparato e sperimentato su un migliaio e più di casi in collaborazione del dott. Campi, veterinario di Pieve del Cairo, che fin dal 1908 aveva tentato le prime prove.

Seduta del 31 maggio 1929.

Presidenza: Prof. A. Ferrata, presidente.

Sulle eruzioni acute nei leprosi con particolare riguardo all'eritema nodoso lebbroso.

Dott. R. Casazza. — Premesse le generalità sulle eruzioni acute nella lebbra, sia del periodo iniziale che degli stadii successivi, l'O. ne illustra tre casi, tutti d'eritema nodoso febbrile acuto accessionale. Il primo presentava un curioso andamento mensile, il secondo aveva accessi ad ogni inizio di cura, il terzo presentò un eritema nodoso come fenomeno premortale. L'O. accenna anche a varii problemi di profilassi della lebbra.

Sulla patomimia cutanea delle isteriche.

Dott. R. Casazza. — Dopo aver riassunte le principali nozioni sulle dermatosi simulate in generale, vengono descritti due casi, uno di gangrene isteriche provocate, con quadro cutaneo imponente ed uno di pemfigo isterico. Entrambi vengono illustrati con numerosi documenti fotografici.

Funzione clinica del cavo pericardico.

R. Ferrari. — L'O. in seguito a ricerche anatomo-patologiche sul cadavere e sperimentali sul cane, ritiene di poter confermare l'ipotesi, espressa da Sacconaghi che in determinati stati patologici del torace si possa avere la formazione di un modico idropericardio giovevole alla cardiocinesi e che l'impedita sua formazione da obliterazione del cavo pericardico interpreti in modo razionale nelle dette condizioni il meccanismo dell'azione offensiva della fibrechia del cuore e la semejogenesi dei fenomeni toraco-parietali del Williams, dell'Hope e del Sibson da essa prodotti.

Lo studio dei rapporti coll'idrope patologico e delle conseguenze di esso permette inoltre di ritenere che la singolare comunanza del quadro di fenomeni di stasi che si può riscontrare nella obliterazione del cavo pericardico e nei voluminosi versamenti endopericardici si deve pure ricercare nella particolare influenza che in tali stati la sierosa e il cavo pericardico esercitano sulla funzione del cuore e sulla circolazione arteriosa e venosa del sangue.

Su un caso di cefalosporiosi tonsillare.

C. Cabrini e P. Redaelli. — Gli OO. riferiscono un caso di una nuova micosi tonsillare. Forma cronica della durata di mesi sostenuta da un micete raccolto in coltura pura e diagnosticato per il *Cephalosporium Acremonium Corda.* Tale micete, già isolato in forme cutanee, si presenta per la prima volta come agente patogeno di micosi tonsillare. Tale forma, riuscite negative le terapie mediche, fu trattata con la tonsillectomia con spezzettamento e con risultato.

Gli OO. riportano l'esito dell'esame istopatologico della tonsilla e le prove biologiche.

Ricerche sui capillari sanguigni e sul tessuto reticolare dell'omento.

A. Fieschi e E. Storti. — Gli OO. hanno studiato l'omento ed il peritoneo di coniglio, cavia, topo e cane, coi metodi di impregnazione metallica, con le colorazioni vitali, coi comuni metodi di controllo, ed in base ai reperti affermano che:

1) l'omento ed il peritoneo oltre alla trama collagena possiedono una ricca rete di tessuto reticolare disposta in diverso modo negli accumuli istioidi e negli accumuli linfoidi;

2) i vasi capillari sanguigni del peritoneo e dell'omento posseggono una avventizia reticolare di finissime fibrille intrecciate, propria ed indipendente;

3) a ridosso dei capillari, in posizione avventiziale, esistono elementi cellulari, a capacità granulopessica, aventi estesi ed intimi rapporti con l'avventizia reticolare del capillare;

4) il tessuto adiposo dell'omento ha capacità granulopessica;

5) anche nell'omento esistono sui capillari elementi del tipo del pericito di Zimmermann.

Su un raro rapporto vasale del nervo frenico, interessante la pratica.

E. GIOJA. — Operando di frenico-exeresi una donna di 26 anni di costituzione normale, trovò che il muscolo scaleno anteriore del lato destro era ricoperto da una grossa vena del diametro di circa 1 cm., a decorso longitudinale leggermente obliquo dall'alto in basso e da fuori in dentro, situata nettamente al dinanzi del ventre muscolare.

Il nervo frenico era situato dietro la vena, e la sua posizione, rispetto al muscolo, era del tutto normale.

Isolata la vena e spostatala verso l'interno, si potè recidivare il nervo ed estirparne poco meno di 40 cm.

L'O. si domanda che vena fosse quella da lui trovata, e passate in rassegna le varie anomalie descritte dalla giugulare profonda, conclude dicendo che con ogni probabilità si trattava o di una giugulare profonda abnormemente spostata verso l'esterno, o del ramo esterno di una giugulare profonda sdoppiata.

Mette in guardia contro i pericoli che possono nella estirpazione del nervo frenico fatta con anestesia locale, derivare da iniezioni anestetiche praticate profondamente a ridosso del muscolo scaleno. *Il Segretario*: F. RICCI.

Associazione Medica Triestina.

XX adunanza scientifica del 15 marzo 1929.
Presidente: dott. A. COFLER.

Cisti sierosa mesenterica.

Il PRESIDENTE dà la parola al dott. GRISOGONO il quale, fuori dell'ordine del giorno, dimostra un pezzo patologico interessante. Si tratta di un tumore, probabilmente una grande cisti sierosa mesenterica, sviluppatasi forse dalla radice del mesocolon, data la caratteristica posizione di questo, sulla superficie anteriore-superiore della cisti, che ha costituito una sorpresa operatoria in paziente affetta da perimetrite e annessite cronica.

È noto che cisti endocavitarie a pareti sottili e flaccide per contenuto relativamente scarso possono sfuggire completamente alla palpazione, anche se voluminose; e in secondo luogo l'ammalata non accusò mai disturbi alla regione mesogastrica e lombare destra, ma solo dolori di carattere puramente ginecologico, ben localizzati nel fondo pelvico anche all'esame oggettivo, e derivanti dalla tumescenza infiammatoria annessiale.

L'esplorazione del cavo epidurale mediante lipjodol in casi normali e patologici.

Dott. G. SAIX. — Lo spazio epidurale è riempito da tessuto adiposo molle e da ricchi plessi venosi; mancandovi il liquor, il lipiodol immessovi non strapiomba, ma serpeggia verso il luogo di minor resistenza, estendendosi verso il basso e l'alto, scappando ai lati oltre i forami di coniugazione. Per usare una tecnica corretta nell'immissione dell'olio jodato, conviene innestare all'ago di puntura lombare un piccolo manometro, indicato dall'JANZEN, atto ad indicare la pressione negativa verificatasi nell'attimo in cui la punta dell'ago varca il legamento in giallo ed entra nello spazio epidurale.

Si iniettarono in 25 casi 5 fino a 10 cmc. di lip. intiepidito, anche ambulatoriamente, senza registrare mai alcun inconveniente. All'autopsia di una donna morta per altra causa due anni dopo l'immissione di lit. epidurale, non si riscontrò alcun fatto irritativo o infiammatorio alla dura meninge.

La parte radiografica venne curata nel maggior numero dei casi presentati dall'O., dal prof. GORTAN, in singoli casi dal dott. CARMELICH e prof. PINCHERLE.

Nelle radiografie si può distinguere una zona centrale (corrispondente al rivestimento lipjodolico della parete posteriore del sacco durale), una zone marginale in corrispondenza ai bordi laterali con ingorghi ai forami di coniugazione, ed infine una zona esterna; giacchè dopo pochi minuti il lip. comincia a sortire dallo speco vertebrale e migra oltre i fori intervertebrali lungo i nervi e muscoli per 15 fino 20 cm. e più, distanziandosi notevolmente dalla colonna vertebrale. In singoli casi il lip. disegnò la trama dei plessi brachiali, in altri i muscoli intercostali interni e le arterie intercostali, in altri il muscolo psoas e così via. L'iniezione fu fatta alle volte a livello delle ultime cervicali, per lo più alla regione lombare, in singoli casi attraverso l'Hiatus sacralis secondo il metodo di CATHELIN.

Il metodo è raccomandabile nei casi in cui resta bloccato lo spazio epidurale (per opera di processi morbosi originatisi dai tessuti epidurali stessi o dalle vertebre contigue) mentre è ancora aperta la via sottoaracnoide; particolarmente va usato nei casi di spina bifida occulta in cui possono coesistere cotenne fibroso-cicatriziali epidurali a sede diversa da quella dell'anomalia del rachide, e che danno come sintomatologia clinica algie ribelli al sacro ed agli arti inferiori, disturbi trofomotori alle estremità inferiori o enuresi notturna protraentesi oltre la pubertà. I successi operativi ottenuti con l'ablazione del cercine fibroso possono essere però alle volte anche solo malformazioni al midollo stesso o alle radici nervose (mielodisplasie), oppure per il perdurare dell'ipervagotonia pelvica nei casi di enuresi notturna persistente.

L'O. cita tre casi operati con successo dopo la lipiodiagnosi epidurale, due per algie al sacro ed agli arti inferiori, una per enuresi ultrapuberale, mentre in altri casi egli non riuscì a formulare la diagnosi di blocco epidurale. In uno dei casi negativi si mite molto in evidenza, per contrasto, il fondo cieco del sacco durale col filum terminale.

Venne iniettato sempre il lip. discendente; l'ascendente non va usato nello spazio epidurale, perchè non ascende mancandovi il liquor e le immagini sono poco contrastate causa il basso peso specifico. A differenza del lip. sottoaracnoideo che si inietta possibilmente a grande distanza dal presunto ostacolo per avvantaggiarsi dello strapiombo, il liq. epidurale deve esservi immesso a poche vertebre di distanza. Ciononostante l'interpretazione delle radiografie è spesso irta di difficoltà e ricca di incognite.

L'esposizione venne accompagnata da numerose proiezioni. *Il Segretario*: E. RONCALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul contenuto ormonico del pancreas in diversi animali.

Si sa che l'ormone pancreatico agisce sugli idrati di carbonio, con un meccanismo non ancora perfettamente noto.

È interessante pertanto conoscere la quantità di insulina presente nel pancreas di diversi animali, mettendola in rapporto alla qualità dell'alimentazione, prevalentemente di idrati di carbonio negli erbivori, scarsa di idrati di carbonio nei carnivori.

Ricerche in proposito non mancano; ma i pareri sono ancora discordi, in parte dipendenti dai metodi di estrazione dell'insulina dal pancreas.

Söshiro Takeuchi (*Tokoku Journ. of exp. Med.*, XII, 1, dic. 1928) servendosi di due metodi di estrazione dell'insulina all'alcool-acido solforico, e all'acetone-alcool-picrico, ha dosato la quantità di ormone pancreatico, per portar un po' di luce nel complesso problema.

Il dosaggio dell'insulina era fatto sui conigli del peso di kgr. 1, 2, secondo il metodo di Toronto.

I risultati sono i seguenti: nel bue fu trovato da 585 a 1720 dose unità per kgr. di peso, in media 916 D. U.; nel maiale da 585 a 2130 D. U. secondo il 1° metodo, da 1320 a 2940 col 2° metodo, in media 2130 D. U. per chilo di pancreas; nel cavallo da 725 a 2700 D. U., in media 1430; nel cane da 685 a 4760 D. U. con una media di 2619 D. U.; nel pancreas del gatto da 351 a 1230 D. U., in media 683 D. U.

Da un chilo di pancreas umano, senz'alterazioni patologiche, si ricavano da 492 a 1410 D. U., in media 843 D. U.

Alcuni AA. asseriscono che l'insulina sparisce dopo la morte, e dopo 8 ore non si può più isolare; Pollak afferma che l'alta temperatura distrugge l'insulina; sec. l'A. l'ormone pancreatico non si altera dopo la morte.

Dalle riportate ricerche emerge che la maggior quantità di insulina si trova nel pancreas dei cani; la minor quantità in quella dei gatti. Fra questi due estremi della classe dei carnivori sta l'uomo.

Gli erbivori sono fra il cane ed il gatto; segue il maiale che è onnivoro.

Contrariamente all'opinione che gli erbivori hanno bisogno di maggior quantità d'insulina, è stata trovata la più alta percentuale nei carnivori; ciò dimostra che l'alimentazione carnea per il ricambio delle albumine ha bisogno di maggior quantità d'insulina.

Questo concetto spiegherebbe, sec. l'A., la ragione per cui tra i giapponesi, che si cibano a prevalenza di carne, sia frequente il diabete mellito, per una insufficienza pancreatica ad eliminare le albumine.

CARUSI.

Ricerche sull'acidosi di origine diabetica.

Elmer et Scheps (*Polska Gazeta Lekarska*, n. 41, 1928) riportano i risultati di loro accurate ricerche, eseguite su 15 casi, nei quali hanno studiato parallelamente l'acetonuria, l'acetonemia, l'ammoniuria, controllando anche contemporaneamente la riserva alcalina e la pressione intraalveolare.

In base alle loro osservazioni gli AA. concludono:

1) l'ammoniuria, l'acetonemia, l'acetonuria, le variazioni del valore della riserva alcalina e della pressione intraalveolare, non evolvono in maniera parallela. Grandi quantità di ammoniaca nelle urine non indicano infatti necessariamente una grande acidosi ed inversamente. Così pure un'abbondante ammoniuria non dà alcun segno sul valore della riserva alcalina del siero sanguigno;

2) pertanto lo studio del grado dell'acidosi diabetica, non può essere fondato su ciascuno di questi sintomi, presi isolatamente; solo in alcuni casi può bastare lo studio della riserva alcalina, quando il suo valore è fortemente diminuito;

3) nel periodo del coma, in numerosi diabetici con acidosi, le funzioni renali sono profondamente alterate: l'abbassamento dell'indice acetonico, l'azotemia, l'albuminuria, accompagnata da cilindri, infine un'ammoniuria insufficiente ne sono, infatti, prove incontestabili.

A. P.

CASISTICA.

L'aritmia extrasistolica.

C. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 13 marzo 1929) distingue le aritmie extrasistoliche come segue.

1) *Di origine gastro-intestinale*. Diagnosi generalmente agevole. Individuo che digerisce male, con meteorismo, costipato; è dimagrito e si sveglia, nella notte alle 2-3, riaddormentandosi difficilmente.

L'eccitazione gastro-intestinale si trasmette al cuore e produce delle extrasistoli.

Nel regime alimentare, ridurre il pane e la carne; sono ben tollerati i pesci magri ed il prosciutto magro. Evitare l'acqua gassosa ed il bicarbonato di sodio. Prescrivere:

Caolino g. 70
Sottonitrato di bismuto
Magnesia calcinata ana g. 15

Da prenderne una cucchiaiata a digiuno ed un cucchiaino alle 16 e al momento di cori-

carsi, sospendendo in un po' di acqua zuccherata. Prima dei pasti, una pillola da un centigrammo di estratto di belladonna. Cure idrominerali.

Talvolta le extrasistoli si presentano in individui con lesione valvolare (insufficienza aortica o stenosi mitrale); molte volte, basta curare lo stomaco per vederle scomparire. In questi casi, però, bisogna andare cauti nell'attribuire allo stomaco le extrasistoli; se il fegato oltrepassa l'arcata costale, se vi sono rantoli alla base dei polmoni, vi è edema pretibiale e tracce di albumina nelle urine, si deve attribuire al cuore il fatto delle extrasistoli ed istituire il regime lattoidrico di riduzione ed il riposo a letto.

2) *Di origine tossica e nervosa.* I fumatori, gli esauriti, gli ossessionati, insieme con i bevitori di caffè e di tè formano un corteo di extrasistolici. Il trattamento consiste nella soppressione della causa; con gli ossessionati occorre molta pazienza e non sempre si riesce. Si consiglieranno l'idroterapia tiepida e la valeriana, i bromuri:

Bromuro di sodio		
Estr. di valeriana	ana g.	5
Sciroppo di menta	g.	60
Acqua dist. q. b. per	g.	150

Da prenderne un cucchiaio prima dei pasti ed al momento di andare a letto.

3) *Origine organica.* L'aritmia extrasistolica compare nella stenosi mitrale (spesso nel periodo di aritmia completa), nella insufficienza aortica, spesso coincidente con disturbi dispeptici. Si deve essere molto cauti nel giudizio, quando si tratti di insufficienza mitrale, in cui sono più rari i disturbi dispeptici; si ricercheranno piuttosto i segni di insufficienza cardiaca e si applicherà il trattamento in conseguenza.

fil.

L'asma cardiaco.

L'asma cardiaco è caratterizzato dalla dispnea acuta parossistica che si verifica di notte oppure dopo un esercizio fisico, che dura dei minuti o delle ore ed è accompagnato da una sensazione di soffocamento, da respirazione sibilante, e spesso da tosse con sputo aereato con o senza sangue; questo asma è dovuto a grave malattia organica di cuore, specialmente del ventricolo sinistro. L'accesso può essere mitigato con la posizione eretta e con l'iniezione di morfina.

All'esame fisico, si trova respiro sibilante e talvolta dei rantoli gorgoglianti. Nei casi gravi, si può usare come sinonimo il termine di edema polmonare soffocante, ma quello di asma cardiaco è più adatto per la condizione in cui si ha essenzialmente la dispnea parossistica; esso inoltre può anche comprendere altre condizioni, come il respiro di Cheyne-Stokes.

R. S. Palmer e P. D. White (*Journ. amer. med. assoc.*, 9 febbr. 1929), su 3100 individui con malattie organiche di cuore, ne hanno trovato 250 con asma cardiaco (8 %); di questi, 180 erano uomini e 70 donne, tutti, salvo 14 avevano superato i 40 anni.

Il grave significato pronostico dell'asma cardiaco è dimostrato dal fatto che 170 sono morti, con una durata di vita media di anni 1,4, dopo il primo attacco di asma. Il massimo numero dei casi si è trovato negli individui con malattie delle coronarie, ipertensione od entrambe (10,7 %) ma la maggior frequenza relativa si è avuta nelle malattie cardiache sifilitiche (21 %) e nella nefrite cronica (19 %).

L'asma cardiaco appare dovuto all'insufficienza del ventricolo sinistro, da sola od insieme ad altri fattori; il meccanismo però con cui si verifica l'asma non è chiaro.

La frequenza, la durata e la gravità degli attacchi modificano la prognosi soltanto quando sono estreme. La coincidenza di toni cardiaci deboli, di ritmo di galoppo e di polso alterante indicano la morte a breve scadenza. In 63 casi, si aveva soltanto il rigurgito aortico, generalmente di origine sifilitica.

Per la terapia, la digitale ed il riposo sono efficaci per ridurre il numero degli accessi e prolungare relativamente la vita; per l'accesso acuto valgono i nitriti, l'alcool e soprattutto la morfina.

fil.

I piccoli segni dell'ipertensione.

La prima fase evolutiva dell'ipertensione arteriosa è contrassegnata dal disordine dell'apparato vasomotore e del sistema neuro-vegetativo, nonchè da uno stato di meiopragia viscerale, risultante dal regime circolatorio anormale. I piccoli segni di ipertensione, risultanti da queste perturbazioni, hanno un carattere di benignità relativa, ma la causa da cui dipendono deve renderli sospetti; da ciò la loro importanza.

I disturbi nervosi realizzano in generale il quadro clinico della neurastenia della cinquantina: cefalea, il più spesso mattutina e che tende a scomparire nella giornata, insonnia notturna con sonnolenza nel dopo-mezzogiorno, nervosismo. Questi malati si lamentano di una sensazione di ansietà, corrispondente ad uno stato permanente di oppressione fisica, ben distinta dalla dispnea da sforzo.

Sono da menzionarsi altresì delle forme di *ecclissi* cerebrali che però costituiscono, in genere, degli accidenti più tardivi.

Sono frequenti i ronzii, di cui i malati danno descrizioni varie: suoni gravi corrispondenti a disturbi dell'orecchio medio e suoni musicali provocati da una lesione del labirinto.

L'ipertensione irrita altresì l'apparecchio vestibolare, donde vertigini vere (in seguito a cambiamento di posizione) e pseudovertigini (obnubilazione più o meno completa della coscienza con brusche *mancanze* transitorie).

Come osserva Vital-Lassance (*Revue médicale*, 6 giugno 1929), sono classici i disturbi della vista: mosche volanti, punti brillanti, disturbi vaghi con impressione di « annebbiato ».

Questi malati si lamentano spesso di criestesia, talora molto intensa, di formicolii, di crampi notturni. Altri sintomi classici sono la tachicardia permanente e la pollachiuria.

fil.

La sindrome d'imbarazzo gastrico acuto nei suoi rapporti con la trombosi coronaria.

Coffen e Rush (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, n. 23, 1928) richiamano l'attenzione sulla frequenza dei sintomi addominali nel quadro clinico dell'infarto miocardico, o in linea generale, della trombosi coronaria.

A questo scopo, gli AA. passano in rivista i sintomi caratteristici dell'infarto miocardico: accessi anginosi intensi, a volte sottosternali, a volte addominali, pallore del volto, enfisema polmonare, polso piccolo con tendenza all'aritmia, caduta brusca della funzione arteriosa, indebolimento dei battiti del cuore, con ritmo di galoppo, febbre più o meno alterata con iperleucocitosi, invertimento dell'onda T all'elettrocardiogramma e spesso immagine di blocco ventricolare.

Da numerosi autori è stato insistito sulla difficoltà diagnostica fra la trombosi coronaria e *la sindrome addominale acuta* quale può essere provocata da una colecistite, dalla perforazione di un'ulcera duodenale, da una pancreatite emorragica.

In particolare, la diagnosi può essere difficile fra l'infarto miocardico e gli accidenti colelitiasici, tanto più che le due affezioni possono essere concomitanti.

Gli AA. hanno studiato 192 casi di « trombosi coronaria acuta » e hanno potuto distinguere tre forme: trombosi coronaria acuta caratterizzata unicamente dalla sindrome addominale acuta; trombosi coronaria, dove i segni addominali si associano ad una sindrome addominale acuta; trombosi coronaria a forma puramente anginosa, senza segni addominali.

A. P.

Disturbi cardiaci da ipertireosi tardiva.

L'ipertireosi tardiva è caratterizzata da segni attenuati o mancanti di tireosi, mentre predominano nel quadro clinico dei disturbi cardiaci: tachicardia, dilatazione del cuore verso sinistra, fibrillazione auricolare. Da ciò, il facile scambio di tali ipertireosi con malattie primarie dell'apparato cardiovascolare.

In queste forme, il miocardio viene leso abbastanza precocemente, sicchè è importante procedere ad una terapia attiva per impedire di arrivare all'insufficienza cardiaca.

F. Kaspar (*Wiener Klin. Wochens.*, 25 aprile 1929) afferma che l'operazione dello struma negli individui anziani non offre alcun pericolo ed ha un buon risultato permettendo il miglioramento od anche la scomparsa dei sintomi cardiaci. Possono essere operati con successo anche dei casi in cui si hanno complicazioni di malattie organiche cardio-vascolari (arteriosclerosi, vizi valvolari). L'operazione non deve limitarsi alla semplice emiresezione, ma questa deve essere completa d'ambo le parti. È altresì importante il trattamento pre- e post-operatorio.

fil.

TERAPIA.

L'uso della laminaria montata su catetere ureterale per la dilatazione dell'uretere inferiore.

M. Chevassu e P. Lazard (*Journal Franç. d'Urol.*, dicembre 1928) si servono di speciali cateteri confezionati su loro domanda da M. Eynard, nei quali la laminaria è inclusa alla estremità del catetere formando con questo un tutto unico onde evitare l'eventuale rottura della unione della laminaria stessa con il catetere.

Le laminarie sono di diversa lunghezza e calibro, gli AA. però non si sono serviti fino ad ora che di laminarie lunghe da 4 a 6 cm., il calibro s'intende è quello dei comuni cateteri ureterali e tale perciò da poter essere applicati ai comuni cistoscopi.

È chiaro che il cateterismo con laminaria è uguale, per le modalità tecniche, a quello comune con sonda ureterale, bisogna soltanto che sia praticato con una certa velocità poichè la laminaria si rammollisce rapidamente a contatto con l'acqua contenuta in vescica. Bisogna inoltre che la laminaria sia introdotta soltanto per qualche millimetro meno della sua lunghezza nell'uretere poichè questo ha tendenza ad espellere la laminaria che si dilata, ma d'altra parte sarebbe pericoloso l'introduzione troppo alta della laminaria per il rischio di non poterlo più fare uscire.

A questo scopo è bene, durante tutta la dilatazione, una continua osservazione cistoscopica.

La laminaria viene lasciata in situ da 10 a 20 minuti, e la sua applicazione non è più dolorosa del comune cateterismo; l'inizio di dolori renali deve fare subito sospendere la dilatazione. L'aumento di calibro della laminaria senza essere grandissimo è purtuttavia notevole; in due casi, ad es., l'aumento fu dal calibro 5 al 13 e dal 16 al 22 (filiera Beniqué).

Gli AA. hanno fino ad ora utilizzato questo mezzo per restringimenti della estremità inferiore dell'uretere, per una dilatazione cistica della estremità dell'uretere, e per tre calcoli

ureterali, e credono che sia quest'ultima eventualità quella che si potrà maggiormente avvantaggiare della dilatazione con la laminaria.

Infatti dei 3 calcoli dell'uretere pelvico così trattati, 2 furono espulsi nei due giorni seguenti alla dilatazione, mentre per il 3° che non era visibile alla radiografia, forse si era trattato di un errore di diagnosi.

In tutti i casi trattati gli AA. non ebbero mai a lamentare inconvenienti di sorta.

FILIPPA.

Il trattamento chirurgico dei tumori maligni della vescica.

La quasi totalità dei tumori maligni della vescica sono degli epiteliomi, il cui grado di malignità è vario. Più della metà sono molto maligni, in dipendenza fino ad un certo punto, con la localizzazione: è così che le lesioni del pavimento sono, nell'insieme, più maligne di quelle delle pareti laterali e della convessità dell'organo. La mortalità operatoria dipende anche dalla sede del tumore, dall'estensione dell'intervento e, nei tumori del pavimento, dallo stato degli ureteri e dalla tecnica usata per assicurare l'evacuazione dell'urina.

Hunt (*Journal of the Amer. Med. Ass.*, n. 22, 1928) ha studiato i risultati degli interventi per tumori maligni della vescica su 370 casi operati o trattati con procedimenti diversi di ordine chirurgico e fisioterapico: elettrocoagulazione, diatermia, radio- e radiumterapia.

A seconda della sede del tumore, dell'estensione, della più o meno malignità, l'A. distingue i tumori in questione in 4 gradi: per il 1° e 2° grado, i malati sopravvivono fino al 3° anno in una proporzione del 65 %; mentre che per il 3° e 4° grado la sopravvivenza, per il medesimo tempo, non sorpassa il 35 %.

L'A. finisce insistendo sulla necessità di non porre mai un giudizio globale sui risultati dei trattamenti chirurgici e fisioterapici nei tumori maligni della vescica, ma di tener conto, nel loro apprezzamento, del grado della malignità e della sede della lesione.

A. P.

Di un nuovo tentativo di cura delle così dette cistiti dolorose.

Per cistite dolorosa o ribelle s'intende quella infiammazione della vescica caratterizzata dall'intensità dei dolori e dalla persistenza ad ogni mezzo curativo.

Sono stati proposti diversi metodi curativi, i quali non sempre sono scevri di pericoli o sono di sicuro effetto.

M. Pavone (*Cultura Med. Moderna*, 8 aprile 1929) usando per caso un'iniezione epidurale di stovaina in una cistite dolorosa, ha potuto notare la remissione dei dolori e dei disturbi nella minzione.

Ha usato in altro caso lo stesso procedimento, aggiungendo la neurolisi chimica all'azione anestetica, con un netto miglioramento dell'inferma.

Tale procedimento consiste in una iniezione epidurale di 30 cmc. d'una soluzione contenente: 1 % di stovarsolo, 2 % di acido fenico, 10 % di alcool.

Questo metodo si può estendere ad ogni affezione dolorosa della vescica; in un caso di cancro vescicale, con dolori, tale iniezione non apportò giovamento alcuno, forse perchè il processo si estendeva ad altri territori nervosi.

CARUSI.

Sull'impiego della soluzione di Payr (soluzione di Pregl con pepsina) nella cura della ritenzione d'orina determinata da alterazioni della prostata.

La cura dell'ipertrofia prostatica con le iniezioni parenchimatose di iodio era stata tentata già altre volte specie prima della comunicazione di Freyer, sempre però con risultati incerti. Recentemente Payr ha voluto ripetere i tentativi con la soluzione di Pregl da lui modificata con l'aggiunta di pepsina e che gli ha corrisposto bene quale mezzo fibrolizzante. Le iniezioni vengono praticate attraverso il perineo guidando l'ago con il dito introdotto nel retto. Si inietta 1-2 cmc. della soluzione all'1 con l'aggiunta di novocaina per attenuare il violento dolore susseguente all'iniezione. Vengono praticate al massimo 6 iniezioni a giorni alterni. Furono trattati così 21 pazienti di cui una metà con esito favorevole.

Secondo Hoffheinz (*D. Zeitsch. f. Chir.*, vol. 198, pag. 231, 1926) questo mezzo di cura è indicato nei prostatici in cui non è possibile di eseguire un intervento chirurgico per le condizioni generali gravi; nei casi in cui la vescica è molto infetta e l'operazione dovrebbe essere eseguita in due tempi: le iniezioni permettono di ottenere sia la minzione spontanea che, di conseguenza, un miglioramento dell'infezione vescicale per cui diventa possibile l'operazione in un tempo solo.

L'azione della soluzione nel ridurre il volume della prostata si spiegherebbe sia con un'azione solvente sul collageno che con la « digestione » dei focolai infiammatorii che esistono quasi costantemente nei prostatici gravi.

VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della sciatica. — All'abb. n. 7601-2:

La cura della sciatica con la cauterizzazione di una parte del padiglione dell'orecchio è un metodo affatto empirico, e si potrebbe dire ciarlatanesco.

Esso non è neppure considerato dalla reflessoterapia.

I successi, se ve ne sono, non possono spiegarsi che con la suggestione. DR.

Conteggio dei globuli del sangue. — Al dott. V. C. M., da C.:

Il conteggio dei leucociti del sangue va fatto in tutti i 16 quadrati grandi del Thoma-Zeiss, comprendenti ciascuno 16 quadratini (16 × 16 = 256), non contando i quadratini compresi sulle linee divisorie.

Si divide poi per 256, allo stesso modo che per le emazie si fa la media del numero contenuto in ogni quadratino, dividendo il numero totale delle emazie così contate per il numero dei quadratini in cui si è fatta la conta.

Il riferimento è quindi uguale per le emazie come per i leucociti, cioè il quadratino piccolo, con il lato di 1/20 di mm. ed il volume di 1/4000 di mmc.

Un esempio le chiarirà meglio il calcolo. In tutti i 16 quadrati grandi, si sono contati, p. es., 70 leucociti, il che significa che, per ogni quadratino vi sono $\frac{70}{256}$ leucociti, cioè 0,273. Ogni quadratino corrisponde a 1/4000 di mmc., quindi 0,273 × 4000 = 892 e, siccome si è usata la diluizione ad 1/10, si ha 892 × 10 = 8920 leucociti per mmc.

Analogo è il computo per le emazie, soltanto che in tal caso non si contano tutti i 16 quadrati grandi. Se la ripartizione fosse rigorosamente uniforme, basterebbe contare le emazie di un solo quadratino, invece se ne fa la media, contando quelle di un certo numero di quadratini, in alcuni dei quadrati grandi (linee divisorie escluse sempre!). Se, p. es., si sono contate le emazie di 150 quadratini e si è ottenuta la somma di 810, si avrà che ogni quadratino contiene $\frac{810}{150}$ = 5,475 emazie; ogni mmc. del sangue diluito contiene quindi 5,475 × 4000 = 21890 emazie e, siccome si è usata la diluizione di 1.200 (0,5 della pipettina) si avrà 21890 × 200 = 4378000 emazie per mmc. *fil.*

Al dott. C. C., da C.:

Il limite di anzianità per l'inscrizione sul quadro di avanzamento per il 1929 dei tenenti medici di complemento è ad anzianità: 16 dicembre 1917; a scelta: 15 luglio 1917.

A. C.

VARIA.

L'alcoolismo nell'America proibizionista.

È interessante seguire i risultati della grandiosa ed inutile lotta che gli Stati Uniti hanno intrapreso contro l'alcoolismo, non fosse altro che per convincersi che si tratta di un esempio da non seguire.

J. L. Richardson e M. A. Blankenhorn (*Amer. Journ. of med. sciences*, ag. 1928) hanno studiato circa 200 casi di alcoolismo ricoverati all'Ospedale di Lakeside, dal 1921 al 1926 ed hanno rilevato che l'alcoolismo odierno si presenta con caratteristiche diverse da quelle dell'epoca preproibizionista.

È più che raddoppiato il numero degli individui portati all'ospedale in stato di incoscienza (63 % invece di 31 %). Generalmente, si osserva una temperatura leggermente febbrile; anche negli individui portati con temperature subnormali perchè rimasti esposti al freddo, si ebbe poi febbre dopo il ricovero in ospedale.

Nel 31 % dei casi si è osservata albuminuria, scomparsa nella maggior parte 24 ore dopo l'ammissione. Febbre ed albuminuria non risulta che fossero sintomi di alcoolismo acuto nell'epoca preproibizionista.

Quanto all'intossicazione da alcool metilico, è difficile sceverare in ogni caso l'azione di questo da quella dell'alcool etilico. In un caso, di un uomo di 58 anni che, dall'avvento del proibizionismo, beveva qualsiasi liquido contenesse dell'alcool, si era avuta diminuzione del visus; all'ospedale si riscontrò notevole atrofia dei nervi ottici; in seguito la vista fu totalmente perduta, si sviluppò una grave psicosi e si ebbe, a breve scadenza, la morte.

Sembrano diminuiti i casi di delirium tremens e quelli di alcoolismo cronico, mentre invece sono aumentati quelli di alcoolismo acuto. La cosa si spiega tenendo presente che, date le difficoltà di poter procurarsi dell'alcool, questo non può essere consumato abitualmente ma, quando l'individuo ne può venire in possesso, lo tracanna avidamente ed ha l'intossicazione acuta, talora anche mortale.

La neurite alcoolica è attualmente caratterizzata dalla rapida comparsa, in meno di 4 settimane, con frequente paresi. La cirrosi epatica alcoolica non ha subìto modificazioni.

Curioso e triste per l'umana dignità è l'elenco delle bevande che vengono consumate per soddisfare l'impellente bisogno di alcoolici. Troviamo fra esse, i più ripugnanti « guastabudelle » (*rot-gut*), come l'alcool solido ed altri preparati venduti come combustibili, specialità farmaceutiche ad alto contenuto alcoolico, lozioni per capelli, diversi preparati a base di alcool denaturato usati per scopi tecnici e persino la miscela a base di alcool usata come anticongelante per i radiatori di automobili! A simili degenerazioni del gusto può condurre la frenesia dell'intossicato!

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

P. GALLI. *Il « De Aegritudinibus infantum tractatus » di M. L. Faentino dei Vittori.* — Stab. Arti Grafiche, Siena, 1929.

E. RUBERTI-FIERA. *La Framboesia in Somalia.* — Tip. Operaia Romana, Roma, 1928.

F. MOTTOLA. *Sulle lesioni sifilitiche del collo dell'utero.* — Offic. Grafiche Montuoro, Milano, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXVII. - Assicurazione contro le malattie professionali.

Con R. D. 13 maggio 1929 n. 928, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 10 giugno numero 134, è stata dichiarata obbligatoria l'assicurazione contro le malattie professionali per gli operai addetti alle lavorazioni indicate nella tabella annessa la decreto stesso, quando per essi sussista l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Le norme per l'assicurazione, contenute in 17 articoli, e le relative tabelle sono pubblicate nel fascicolo 6° della Rivista « Il diritto pubblico sanitario ».

XXVIII. - Norme per le nomine degli ufficiali sanitari.

Con decreto 2 gennaio 1927 n. 1, furono riordinate alcune circoscrizioni provinciali e furono istituite le provincie di Aosta, Bolzano, Brindisi, Castrogiovanni, Frosinone, Gorizia, Matera, Nuoro, Pescara, Pistoia, Ragusa, Rieti, Savona, Terni, Varese, Vercelli, Viterbo.

Per effetto del riordinamento, furono costituiti o modificati consorzi di vigilanza igienica. Circa le nomine degli ufficiali sanitari di tali consorzi, il R. D. 21 marzo 1929 n. 622, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 106, ha disposto all'art. 1° che ai concorsi che saranno banditi possono essere applicate le disposizioni dell'art. 13 del R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, con provvedimento del Prefetto, sentito il parere del C. P. S. L'art. 2 dello stesso R. D. ha dato facoltà ai Prefetti di revocare, con provvedimento da adottarsi caso per caso, sentito il C. P. S. i concorsi che all'atto della pubblicazione del decreto fossero stati già banditi e non siano stati ancora definiti con regolari nomine. In tal caso i Prefetti possono bandire nuovi concorsi, a norma del citato art. 13 il quale dispone così: « Per la nomina dell'ufficiale sanitario dei consorzi, che saranno definitivamente costituiti entro il 31 dicembre 1926, sarà bandito un concorso per soli titoli, al quale saranno ammessi soltanto gli ufficiali sanitari con nomina definitiva dei comuni consorziati, e quelli provvisori, con regolare nomina prefettizia, i quali dalla data del 1° gennaio 1924 abbiano prestato ininterrotto servizio in uno dei comuni predetti.

« I concorsi saranno giudicati dalla Commissione di cui all'art. 2. Rimane sempre salva alla Commissione giudicatrice del concorso la facoltà di sottoporre i concorrenti a tutte le prove d'esame stabilite dal precedente art. 3 ed a talune di esse.

« Nel caso in cui detti concorsi abbiano esito negativo sarà bandito dal prefetto il concorso pubblico per titoli ed esami ».

XXIX. - Il giudizio delle Commissioni nei concorsi.

È illegittimo il giudizio della Commissione se dal verbale non ne risultano concretamente precisati gli elementi essenziali. Questa esigenza ovvia è concordemente ammessa: altre volte ne abbiamo trattato diffusamente. Segnaliamo ora la decisione 1 febbraio 1929, ric. De Agostino.

« Il verbale della Commissione giudicatrice non risponde a quei requisiti che un siffatto documento deve presentare a giustificazione della graduatoria. All'infuori della semplice affermazione dell'intendimento di dare maggior valore alla pratica ospedaliera, manca ogni altro criterio espresso in modo concreto e preciso, manca l'elenco dei titoli, sia pure limitato ai titoli principali. Non si dà alcun conto della valutazione comparativa dei criteri e dei titoli nei riguardi dei vari concorrenti, di guisa che le assegnazioni nell'ordine della graduatoria sono espresse quasi in un modo apodittico, ma non sono affatto dimostrate. Per di più non è detto come e con quale classificazione se tutti i ricorrenti vennero riconosciuti idonei, perchè manca ogni indicazione di punto e la Commissione ha designato tutti gli otto concorrenti, nessuno escluso, distribuendoli in cinque gradi. La difesa dell'Amministrazione resistente ha enunciato il giusto concetto che la esaurienza della motivazione va intesa in senso relativo, e non assoluto; ma l'obbligo di motivare, che promana dai principi generali, ed è affermata anche esplicitamente dall'art. 151 del regolamento interno dell'Ospedale, è stato assolto nel caso in contestazione, in modo da non lasciare comprendere il processo logico, attraverso il quale si è formato il giudizio, di guisa che dalla schematica relazione della Commissione non è possibile trarre quegli elementi essenziali per esplicare il controllo di legittimità ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I limiti della chirurgia estetica.

I tentativi di correggere le deformazioni o mostruosità congenite o prodotte da un'infermità o da un traumatismo sono vecchi quanto la civiltà.

L'uomo, e naturalmente più la donna, ha sempre desiderato di migliorare il proprio aspetto mettendo in evidenza le qualità estetiche positive e nascondendo o correggendo quelle negative.

Ogni specie di abbigliamento non ha in fondo altro scopo che quello di conferire maggior risalto ai pregi della personalità fisica.

L'uso dei cosmetici, delle tinture e simili tende appunto ad accentuare o a creare gli elementi positivi della bellezza e della giovinezza, a dissimulare tutto ciò che non conferisce prestigio fisico indirizzato, naturalmente, a finalità erotiche più o meno consapevoli.

Ed era ovvio che alla chirurgia, che tanti miracoli aveva fatti, si richiedesse anche quello di correggere le deformità e brutture fisiche.

E la chirurgia è andata incontro a questo desiderio.

La chirurgia non si era preoccupata, come non si preoccupa, soltanto di asportare le lesioni patologiche, di correggere le deficienze organiche, ma anche rendere meno visibili, meno deturpanti non solo le lesioni prodotte dal bisturi, ma anche quelle prodotte dalle malattie.

La chirurgia è andata ancora più oltre, e con i tentativi più o meno felici di Steinach e di Voronoff, ha cercato di dare quel che l'uomo aveva invano domandato per tanti secoli ai filtri ed agli elisir dei ciarlatani e degli stregoni, la giovinezza.

La chirurgia estetica non è dunque una cialtroneria, ma ha un contenuto scientifico, risponde ad una necessità sociale.

Vi sono deturpazioni che rendono repugnanti gli individui che le portano. Deturpazioni che destano un senso di ribrezzo, o che testimoniano l'esistenza di una pregressa malattia che rende evitandi i pazienti. In tali casi un intervento chirurgico rende riavvicinabili questi individui, ai quali con la possibilità di contatti sociali restituisce la pace e la capacità di vivere.

Durante la guerra la chirurgia estetica ha reso servigi preziosi ai grandi feriti, specie a quelli della faccia, consentendo loro di riprendere nella società un posto normale.

Analogamente la chirurgia estetica rende non meno utili servigi ai lavoratori la cui possibilità all'impiego e quindi la capacità al guadagno è diminuita per sfregi e deturpazioni ripugnanti consecutivi a lesioni riportate per infortunio sul lavoro.

Tutti questi interventi hanno quindi uno scopo socialmente utile e quindi eticamente non riprovevole.

Ma l'imbarazzo circa la delimitazione dei confini del lecito o dell'illecito comincia quando si tratta di precisare quali interventi si possano praticare senza che vi siano danni più o meno effettivi.

Vi sono operazioni molto semplici che possono essere praticate senza alcun pericolo, come ad esempio l'ablazione di verruche, di cisti, lipomi, cheloidi e simili, che pur non provocando alcun disturbo e non costituendo alcun pericolo son di troppo per l'estetica della persona.

Ve ne sono che pur essendo sollecitate per finalità estetiche costituiscono correzioni anche di difetti funzionali o l'eliminazione di un pericolo di possibili complicazioni. Tali sono le operazioni dello strabismo, del labbro leporino, l'enucleazioni di un occhio malato sostituendolo con uno artificiale, l'estrazioni di denti male impiantati e la loro sostituzione con protesi adatta.

Ma altre operazioni sono offerte e richieste che non hanno alcuna effettiva utilità pratica, che non facilitano la funzione di alcun organo, che non contribuiscono in alcun modo al benessere fisico dell'individuo, e, quel che più conta, la cui innocuità è discutibile.

Le quarte pagine dei giornali decantano i miracoli degli istituti di bellezza, che speculano sulla vanità delle donne.

Si promettono, con una pubblicità molto allettante, correzioni di nasi, di menti, di orecchie, spianamenti di rughe, imbottiture di grasso, livellamento di forme esuberanti.

In genere gli speculatori di queste imprese non sono medici. Questi, se mai, prestano il loro nome o il loro aiuto in operazioni complicate.

In tali casi l'immoralità può essere di doppio genere: una truffa alle clienti in quanto i fatti non corrispondono alle promesse, un danno effettivo in quanto gli interventi più o meno arrischiati e quasi sempre male eseguiti hanno serie conseguenze sulla salute delle operate. I pericoli sono tanto più gravi in quanto la competenza tecnica di chirurgi che si prestano per tali pratiche è pari alla loro scrupolosità morale.

Un tal genere di affari non conferisce certo decoro e prestigio alla classe medica.

Bisogna lasciare la cura dell'acconciatura e dell'estetica della persona ai barbieri.

La correzione delle vere deformità ripugnanti o comunque disturbanti la salute spetta ai chirurgi generici, che hanno la competenza di apprezzare la necessità dell'operazione e di ben praticarla.

Non si sente affatto il bisogno della nuova specializzazione della chirurgia estetica, che scientificamente non ha ragion d'essere e praticamente si risolverebbe in una nuova sorgente d'affarismo professionale.

Pangloss.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Provvedimenti igienico-sanitari del Consiglio dei Ministri.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato:

Un disegno di legge per il divieto di vendita degli oli miscelati; esso andrà in vigore col 1° gennaio; ha di mira non soltanto la tutela della olivicoltura nazionale, ma anche finalità igieniche.

Uno schema di decreto portante modifiche al R. decreto 4 marzo 1880 di costituzione della Commissione centrale di beneficenza in Milano.

Uno schema di provvedimento per il riordinamento del Consiglio di Amministrazione della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali. Il decreto tende ad adeguare la costituzione del Consiglio alla organizzazione sindacale formatasi in seguito agli ultimi provvedimenti legislativi, facendo partecipare al Consiglio predetto i delegati di quelle Confederazioni che non vi erano finora rappresentate.

Comitato Permanente d' Igiene.

Si è adunato a Parigi in sessione ordinaria. Nei riguardi del disegno di collaborazione con l'Istituto Internazionale di Agricoltura in Roma per quanto concerne l'*igiene rurale*, il dott. Lutrario ha presentato un ampio programma di studi con l'indicazione di vari temi, fra i quali le abitazioni rurali e la mortalità nelle campagne in confronto di quella della città; quindi il dott. Lutrario ha illustrato la politica di risanamento rurale che il Governo fascista va svolgendo in Italia. Le proposte del delegato italiano sono state pienamente accettate. In merito ai *medici di bordo* la discussione in seduta plenaria ha condotto ad auspicare l'applicazione dei seguenti capisaldi, già adottati in Italia: 1) preparazione tecnica dei medici di bordo e rilascio di diplomi di Stato; 2) attribuzioni dei medici di bordo, che devono comprendere anche la tutela dell'igiene e della profilassi sulla nave; 3) mezzi idonei per salvaguardare la responsabilità del medico di bordo, in guisa che egli possa sempre e dovunque adempiere il suo dovere. Grande importanza è stata data all'uso della telegrafia senza fili per le operazioni sanitarie e per i consulti in alto mare.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Albano Laziale (*Roma*). *Ospedale Civico di San Giuseppe*. — Scad. 20 sett.; chirurgo direttore; triennio di aiuto chir. effettivo in grande ospedale o clinica chir.; L. 15.000 oltre c.-v.

Alessandria. — Scad. 14 ag., ore 17; per Valmadonna; L. 7000 e addizionale di L. 4 per ogni povero oltre il 5 % della popolaz.; 4 quinquenni dec.; c.-v. in L. 1200 se coniugato, oltre le quote complementari per i figli; L. 300 (*sic*) uff. san.; L. 500-800-1800 trasp.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 10 lug.

Anzi (*Potenza*). — Scad. 15 ag.; L. 7000, salvo riduz.; età lim. 35 a.

Chiari. *Spedale Mellini*. — Al 15 ag., ore 17; medico primario; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; doc. a 3 mesi dal 1° lug.; stip. L. 10.000 e c.-v.

Colorina (*Sondrio*). — Consorzio con Fusine e Cedrasco. Stipend. L. 8500 lordo, con 5 aumen. quinq. Scad. 20 agosto. V. N. 29.

Corropoli (*Teramo*). — A tutto 31 lug.; ab. 4768; iscritti 610; età lim. 40 a.; L. 7000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 trasp., L. 500 uff. san.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 21 giu.

Crevalcore (*Bologna*). — È riaperto il conc. alla 2ª cond.; scad. un mese dall'8 lug.

Fuscaldo (*Cosenza*). — Scad. 31 ag.; L. 6000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 2500 indenn. vettura.

Itri; v. Roma.

Lecce. *R. Prefettura*. — Ufficiali sanitari per: Cutrofiano, Melissano, Muro Leccese, San Cesario, Taviano, Trepuzzi, Tricase; domande all'Ufficio del Medico Provinc.; scad. ore 18 del 27 ag.

Mantova. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Direttore tecnico; a ore 19 del 10 ag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 4 lug.; L. 17.800 aumentabili a L. 20.500 oltre L. 5500 supplem. e L. 6000 direz. dispensarî; indenn. di L. 15 e di L. 30 per trasferte in prov.; inibito eserc. profess.

Novara. *Ospedale Maggiore della Carità*. — Direttore medico, primario medico e primario tisiologo; scad. ore 18 del 31 ag.; stip. rispettiv. lire 30.000, L. 4000 e L. 4000; serv. att. L. 8000, lire 1300 e L. 1300; v. prec. N. 29.

Orune (*Nuoro*). — Scad. 15 ag.; 2ª cond.; lire 9500 e c.-v.; tassa L. 50,10.

Perugia. *Amministraz. Provinciale*. — Assistente Sez. Medico-Micrografica Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo lire 10.000, aument. a L. 15.000 con 5 scatti quadr. di L. 1000 ciasc. Indenn. serv. attivo lorde lire 2800, e caro viv. Per altre notizie rivolgersi Segreteria Gener. Provincia in Perugia. Scadenza ore 18 del 31 agosto.

Pozzaglia Sabina. — Scad. 4 ag.; L. 10.500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; uff. san. L. 400; 4 quadrienni.

Prignano sulla Secchia (*Modena*). — Scad. 3 ag., 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2500 cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; 2ª cond., capoluogo.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Bari IV (Bari), Cesenatico (Bologna), Ordona (Foggia), Crema (Milano), Marigliano (Napoli), Corleone e Canicattì II (Palermo), Carsoli e Talamone (Roma), Alba, Busca, Moncalieri I, Romagnano Sesia e Settimo Torinese (Torino), S. Candido (Trento), Cormons (Trieste), Bassano del Grappa, Calalzo, Pieve di Cadore e S. Stino di Livenza (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 24 agosto.

Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Messina II, Messina V e Scordia II (Catania); Vergato (Bologna); S. Giovanni Valdarno (Firenze); Iselle (Milano); Roccapalumba (Palermo); Tenda e Mortara III (Torino).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 31 agosto.

ROMA. *O. N. Protezione Maternità e Infanzia.* — Direttore sanit. casa di Maternità « Alma Terra Italica » al R. Parco in Torino; a tutto 10 agosto (ore 24); età 35-50 a.; L. 14.000, vitto e alloggio. Periodo di prova di sei mesi con assegno di L. 900 mensili. Conferme quinquennali con aumenti del decimo. Chied. avviso (piazza Adriana 20, Roma).

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Itri; a tutto 20 ag.; L. 4000 (*sic*) e 5 quadrienni dec.; c.-v.; divieto libero esercizio (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50,20; doc. a 3 mesi dal 30 giu.

ROVIGO. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore Sez. Medico-Micrografica Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Scad. 20 settembre. V. N. 29.

SANT'ORESTE (*Viterbo*). — Scad. 7 ag.; L. 9500 per 1000 iscritti, addizion. L. 4, se uff. san. lire 380, direz. arm. farm. L. 100 mens., 5 quadrienni dec., tassa L. 50.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Medico primario; a ore 12 del 15 sett.; L. 3200 (*sic*) e percentuale introiti; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; nom. biennale, salvo conferma.

TRAPANI. — A 30 giorni dal 10 lug.; 2ª Sez. urbana; L. 9500, 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 825, salvo riduzioni di legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

TRAREGO (*Novara*). — Stipendio L. 7000. Indennità Uffic. Sanitario L. 500. Caro-viveri. Scadenza 25 agosto. Chiede bando Segreteria Comunale.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — A tutto 17 ag.; aiuto nella Divisione Pediatrica Umberto I; vedi N. 29.

ZUCCARELLO (*Genova*). — Consorzio; scad. 25 ag.; L. 10.200.

CONCORSI A PREMI.

Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna.

È aperto il concorso al premio « Umberto I » di L. 3.500, che verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna « alla migliore opera od invenzione ortopedica ». Al concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al Presidente dell'Istituto Rizzoli in Bologna. Il concorso si chiude il 31 dicembre 1929.

Fondazione Dr. Ambrogio Beretta.

Due premi saranno conferiti ai due migliori Lavori di Clinica Medica o d'Anatomia Patologica; consistono ciascuno in una medaglia d'oro e una somma non inferiore a L. 8 mila. Possono concorrere i residenti stabilmente da oltre 5 anni in prov. di Milano (circoscrizione, territorio del 1° gennaio 1918) e laureati da non oltre 12 anni. Scad. 31 gennaio 1930. Per precise informazioni rivolgersi al R. Podestà di Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La commissione giudicatrice del concorso per il premio Devoto, composta dei proff. Belfanti, Devoto e Monti relatore, ha conferito tre assegni d'incoraggiamento di L. 3000 ciascuno ai sigg. dott. Giuseppe Aiello di Milano, dott. Filippo Battaglia di Milano e prof. F. Koelsch di Monaco.

Quale componente ordinario il Rettorato Provinciale di Milano è nominato, con R. Decreto, il prof. Luigi Devoto, direttore della Clinica del Lavoro nella R. Università di Milano.

Alla Cattedra di clinica medica dell'Università di Buenos Aires, resasi vacante per il ritiro del prof. Luis Agote, è stata designata la terna: 1° Juan Raúl Goyena; 2° Juan Jacobo Spangenberg; 3° Francisco C. Arrillaga.

La Fondazione Ella Sachs Platz di Boston ha assegnato al prof. Maurizio Ascoli 500 dollari — pari a circa 10.000 lire it. — per la continuazione delle sue ricerche sulla febbre ondulante. È questa la seconda assegnazione del genere fatta dalla benemerita Fondazione all'insigne studioso.

Il Comitato esecutivo del premio spagnolo Achúcarro, presieduto da Ramon y Cajal, ha assegnato il premio per il 1929 al neurologo prof. Spatz di Monaco in Baviera.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano

Conferenza del prof. sen. Baldo Rossi su "La cura chirurgica dell'ulcera gastrica,,

Venerdì 31 maggio alle ore 21 il prof. senatore Baldo Rossi ha parlato alla Società lombarda di Scienze Mediche e Biologiche su « La cura chirurgica dell'ulcera gastrica ». Con la competenza che lo distingue nell'arduo problema della chirurgia gastro-intestinale dopo aver fatto notare l'importanza dell'argomento, importanza tale da farlo ritenere degno per la terza volta nel corso di pochi anni di essere tema ufficiale del Congresso internazionale di chirurgia come è avvenuto quest'anno ha fatto una breve storia della terapia chirurgica dell'ulcera gastrica: ha ricordato come fino al 1900-1905 predominio indiscusso tra tutti gli altri interventi avesse la gastroenterostomia, considerata come intervento ideale. Ha fatto pure notare come tutti i tipi di interventi chirurgici per ulcera gastrica siano

stati la conseguenza di osservazioni occasionali o intenzionali fatte a proposito di interventi per neoplasie gastriche: così la gastroenterostomia venne praticata dapprima quale operazione palliativa nelle stenosi piloriche neoplastiche, così i vari tipi di resezione gastrica, lo furono pure in occasione di tumori dello stomaco di vario tipo: si osservò che in tal modo si aveva la guarigione di processi ulcerativi semplici concomitanti, ed ecco schiudersi un nuovo orizzonte della chirurgia gastrica.

Ad ogni modo già nel 1914 cominciarono ad essere sollevate severe critiche a proposito della gastroenteranastomosi e si posero in evidenza i seri inconvenienti di quest'operazione tra i quali primo e minaccioso lo spettro dell'ulcera peptica secondaria del duodeno.

Da allora si cominciò a prospettare i vantaggi delle resezioni gastriche più o meno ampie a cominciare dall'escissione semplice o dall'affondamento del tessuto ulceroso — concetto ben più razionale di quello palliativo della gastro-enteroanastomosi — per passare poi alle vere e proprie resezioni gastriche più o meno estese.

Il Rossi è passato quindi a descrivere i risultati delle osservazioni proprie e della propria scuola eseguite su ricchissimo materiale. In circa 200 casi di resezioni da lui praticate venne eseguito un accurato esame istologico del tessuto asportato: ebbene *sempre* questo rivelò l'esistenza di *contemporanee alterazioni infiammatorie e infiltrative più o meno estese anche in regioni lontane dai punti ulcerati e apparentemente del tutto sane*: il Rossi ne trae argomento per concludere che la così detta ulcera gastrica non è una semplice perdita di sostanza della parete gastrica ma bensì l'esponente ulteriore e più appariscente di uno stato morboso infiammatorio, spesso notevolmente esteso della mucosa gastrica: non bisogna quindi parlare di *ulcera gastrica* egli dice, ma di *malattia ulcerosa*, questa esiste spesso già virtualmente quando quella non esiste ancora. Egli è passato quindi a distinguere uno stadio preulceroso e uno stadio di ulcera costituita. Nel primo prevalgono, o si hanno esclusivamente, alterazioni di tipo infiammatorio, si hanno spesso delle ulcerazioni superficiali suscettibili di cura medica che ne sono l'indicazione precisa: in questo stadio si hanno i noti sintomi dell'ipersecrezione e dell'ipercloridria, oltre al dolore. In ogni caso, egli ha detto, alla cura chirurgica deve precedere una cura medica atta a porre l'organo nelle migliori condizioni per sopportare l'intervento: questo diventa formalmente indicato allorchè si hanno complicazioni di emorragia od altro. In questi casi ha detto il Rossi io pratico quasi esclusivamente la resezione: spessissimo l'esame dei pezzi asportati ha rivelato delle alterazioni precoci, « in potenza » anche in punti lontani da quello ulcerato e nei quali nessuno avrebbe sospettato l'esistenza di fatti morbosi. Alla cura chirurgica deve seguire una cura medica per assicurarne i risultati. In quanto allo stadio dell'ulcera costituita ha detto che la gastroenterostomia è indicata soltanto e non sempre se quella ha sede nella regione pilorica o prepilorica: anche qui l'intervento se non ideale migliore è quello della resezione ampia. Passando quindi a parlare delle complicazioni ha toccato il tasto della frequenza delle trasformazioni carcinomatose dell'ulcera che secondo i vari autori varia dal 24 al 60 % dei casi operati, anche per ciò ritiene indicata la resezione dato anche che vi sono dei carcinomi che si nascondono sotto una sintomatologia di ulcera tipica. Va ricordato ad ogni modo che alcuni chirurghi hanno praticato con ottimi risultati la gastroenterostomia nell'ulcera indurativa del duodeno, e che un'indicazione di quelle sono anche le stenosi post-ulcerose. Ad ogni modo neppure la resezione, in quanto intervento mutilante, è intervento ideale, ma essa costituisce certamente una bella affermazione nella storia della chirurgia.

Le parole del sen. Rossi illustrate con esempi numerosi e dimostrativi hanno destato vivissimo interesse e sono state salutate con vivissimi applausi.

Dott. RUGGERO ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale sulla malaria.

Come abbiamo annunziato, si adunerà ad Algeri dal 19 al 21 maggio 1930. Coinciderà con la commemorazione del cinquantenario della scoperta di Laveran.

Sono stati costituiti 4 Comitati: di patronato, d'onore, permanente ed esecutivo. Del Comitato permanente fanno parte, per l'Italia, i proff. E. Marchiafava, V. Ascoli e G. Bastianelli.

Il Comitato esecutivo è così composto: presidente E. Marchoux; vice presidenti Edm. e Et. Sergent; segretario generale L. Parrot; segretario gen. aggiunto A. Catanei; membri H. Foley, L. Raynaud, G. Senevet, E. Balensi, P. C. Comte, C. Vialatte.

I lavori saranno ripartiti in 6 sezioni: Parassitologia, Entomologia, Epidemiologia, Patologia e Clinica, Terapia, Profilassi. Si prega d'inviare il testo delle comunicazioni alla segreteria generale non oltre il 31 dicembre 1929, corredandolo di un breve sunto. Lingue ufficiali saranno: il francese, l'inglese, l'italiano, lo spagnolo e il tedesco.

Per i membri aderenti la quota è di 100 franchi; essa dà diritto a riduzioni del 50 % sulle ferrovie e del 20 % sui piroscafi (30 % per comitive non inferiori a 30). Sono previste escursioni nella Mitigia (un tempo detta « la tomba dei colonizzatori »), a Costantina (ove Laveran fece la sua scoperta) e al villaggio di Laveran.

La commemorazione di Laveran è affidata al prof. F. Mesnil.

Per qualsiasi informazione e per i programmi rivolgersi alla segreteria generale, Institut Pasteur, Alger (Algeria).

8° Congresso internazionale di Dermatologia e di Sifilografia.

Si terrà a Copenaghen dal 5 al 9 agosto, sotto la presidenza del dott. C. Rasch. Temi: « Eziologia e patogenesi dell'eczema »; « Immunità, reinfezione e superinfezione nella sifilide »; « La tubercolosi cutanea e il suo trattamento ». Tra i relatori è il prof. Truffi di Padova, per il secondo tema. Lingue ufficiali: francese, inglese, italiano, tedesco. Quote: 240 franchi francesi (ovvero 40 R. M., 2 sterline, 10 dol.) per gli aderenti; metà per le persone di famiglia. Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario generale, Dr. Svend Lombolt, Raadhuspladsen 45, Copenaghen.

Il 3° Congresso Nazionale antitubercolare.

Fervono i preparativi per l'organizzazione del III Congresso Nazionale Antitubercolare, che avrà luogo a Palermo dal 6 al 9 ottobre prossimo.

Il Comitato ordinatore che ha la presidenza dell'illustre prof. Manfredi e per segretarii generali i proff. Sagona e Fici, lavora alacremente, in ciò aiutato dalle migliori personalità locali, perchè il Congresso riesca degno della Sicilia e delle sue nobili tradizioni di ospitalità.

Il Congresso, la cui presidenza onoraria si è degnato di accettare S. E. il Capo del Governo, tratterà di argomenti molto importanti per quanto riguarda la lotta antitubercolare, fra cui è sovratutto da ricordare il tema di relazione sociale che tratterà dei rapporti tra regime consorziale e regime assicurativo nell'organizzazione della lotta antitubercolare stessa, tema che ha una importanza vitale, perchè dovrà definire i dettagli delle mansioni spettanti ai Consorzi Provinciali Antitubercolari ed alla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali.

Il III Congresso Nazionale comprenderà il Congresso della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, presieduta da S. E. l'on. Paolucci, e quello della Società Italiana di studii scientifici sulla tubercolosi, presieduta dal sen. prof. Maragliano; inoltre sarà tenuto il II Convegno Nazionale delle Assistenti Sanitarie ed Infermiere della Croce Rossa, sotto la presidenza della marchesa di Targiani.

Le iscrizioni al Congresso si chiuderanno col 5 settembre perchè il Comitato intende organizzare nella maniera più perfetta i mezzi di trasporto, allo scopo di rendere ai congressisti la venuta in Sicilia facile e gradita.

Si prevede che le iscrizioni tanto del Continente che della Sicilia saranno numerosissime.

25° Congr. Naz. della Soc. Ital. di Otorinolaringologia.

Si terrà a Milano. Tema della relazione sarà: « Lo spasmo dell'esofago ».

Al Congresso sarà unita un'Esposizione di medicinali, strumenti chirurgici, pubblicazioni, ecc.

Rivolgersi al segretario della Società: prof. Ant. Piazza Missorici, R. Università di Messina.

3° Raduno nazionale di Talassoterapia.

Nei giorni 24, 25 e 26 agosto si radunerà a Grado il III Convegno nazionale di Talassoterapia. Tema ufficiale all'ordine del giorno è: « Indirizzo delle cure marine e delle organizzazioni relative, delle colonie e degli ospizi ». Relatori: dott. Magni, direttore dell'Ospizio marino di Venezia e dott. Nanni, capo dell'Ufficio sanitario di Rimini.

Coloro che intendessero fare delle comunicazioni, dovranno mandare il titolo ed un breve riassunto al segretario del Comitato esecutivo dott. Aldo Smareglia (Grado) non più tardi del 15 agosto p. v.

Speciali facilitazioni saranno fatte ai partecipanti.

Nessuna tassa di iscrizione è dovuta per la partecipazione al Congresso, ma i partecipanti dovranno darne avviso alla Segreteria del Comitato esecutivo non più tardi del 15 agosto.

Nella Sanità Militare.

È stato recentemente chiamato a reggere la Direzione Generale di Sanità militare il ten. gen. med. Riva comm. Umberto, la cui brillante carriera si è svolta attraverso attività molteplici e incarichi importanti.

Laureatosi nella R. Università di Modena a 22 anni, fu assistente militare nella Clinica chirurgica della R. Università di Roma, diretta dal senatore prof. Durante, dal 1903 al 1905.

Prese parte alle guerre di Eritrea, di Libia ed Italo-Austriaca: in quest'ultima ricoprì le importanti cariche di capo-ufficio di Sanità della 17ª Divisione dapprima, e poi di capo-ufficio di Sanità dell'Intendenza della 3ª Armata per la zona di Cormons e Palmanova, nella quale erano in funzione numerosissimi ospedali da campo, di cui aveva l'alta sorveglianza, come Delegato della Direzione di Sanità dell'Armata. Nel disimpegno di tale carica fu insignito della medaglia d'argento per i benemeriti della salute pubblica, per l'efficace opera prestata durante l'epidemia colerica sviluppatasi fra le truppe.

Si distinse anche nel prestare soccorso alle popolazioni funestate dal terremoto della Marsica nel 1915, e fu tra i primi ad accorrere sul luogo del disastro: in tale occasione fu decorato con la medaglia d'oro.

Più volte dalla C. R. I. è stato chiamato ad impartire dei corsi alle Infermiere volontarie; nel 1922 fu membro della Commissione di esami per i chirurgi primari degli Ospedali riuniti di Roma.

Dal novembre 1916 al novembre 1921 fu direttore dell'Ospedale Militare di Roma, e successivamente tenne la carica di direttore di Sanità Militare del Corpo d'Armata di Bologna dapprima, e poi di Roma.

Promosso maggiore generale medico nel 1924, ricoprì la carica di Ispettore della 2ª Zona, e nel 1928 fu promosso tenente generale medico, venendo, ora, chiamato a reggere la Direzione Generale della Sanità Militare al Ministero della Guerra.

Il generale Riva è noto come brillante ed ardito operatore, con profonda e vasta coltura scientifica, di cui fanno fede numerose e pregevoli pubblicazioni.

Dichiarato promovibile a scelta eccezionale da capitano a maggiore, fu promosso per merito di guerra da maggiore a tenente colonnello, ed a scelta eccezionale da tenente colonnello a colonnello.

La sua salda preparazione culturale, la conoscenza profonda di tutti i problemi sanitari militari sia d'indole tecnica che professionale, saranno di grande utilità per il Corpo Sanitario Militare, che sotto la direzione del gen. Riva, avrà senza dubbio un impulso intenso e fattivo.

L'accompagnano e lo seguono nella sua opera, la simpatia e la stima che egli gode non solamente nell'ambiente militare, ma anche in quello universitario, in special modo nelle Cliniche.

* * *

Il ten. colonnello medico Frisoni cav. Paolo ha lasciato l'Ospedale Militare Principale di Roma, ove copriva la carica di Segretario, ed è stato comandato presso la Direzione Centrale di Sanità al Ministero della Guerra come Capo della I Sezione della I Divisione.

Accademia Lancisiana di Roma.

L'11 corr., alle ore 18, nella sua sede presso l'Ospedale della Consolazione, vi fu la riunione del Direttorio dell'Accademia Lancisiana e subito dopo l'ultima assemblea ordinaria.

Il Direttorio prese due importanti deliberazioni:

1) stabilì i temi per i concorsi a premio banditi per il prossimo anno accademico e cioè:

a) lo stato attuale della vaccinazione antitubercolare. Premio di lire duemila del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia;

b) la profilassi delle infezioni chirurgiche post-operatorie con particolare riguardo a quelle polmonari. Premio di lire duemila della Presidenza degli Ospedali Riuniti di Roma;

c) il pneumotorace artificiale. Premio di lire tremila del Governatorato di Roma;

2) approvò i temi delle relazioni da svolgere per l'anno 1930-VII, affidandone l'incarico per la:

a) *Insufficienza epatica*, al prof. GIOVANNI ANTONELLI;

b) *Colibacilluria, patogenesi, sintomatologia e cura*, al prof. BUONANOME ACHILLE LUIGI.

Durante l'assemblea ordinaria furono, poi, svolte le seguenti importanti comunicazioni:

Dott. VENEZIAN EDMONDO: *Sede e patogenesi delle ossificazioni paracondiloidee interne;* prof. B. DI TULLIO: *La costituzione delinquenziale con particolare riguardo alla etiologia, diagnostica e terapia;* prof. ARCANGELI U.: *Sulla cura delle infezioni gonococciche, specialmente delle artriti;* prof. BIASIOTTI: *Sifilide ereditaria e sistema endocrino;* prof. EGIDI: *Sulla sostituzione plastica di tutto il labbro inferiore;* dott. COLUCCI: *Perforazione di utero senile.*

Presero parte alla discussione i proff. ANTONELLI, BIOSIOTTI, CACCIA, CARRUCCIO, DI TULLIO e il dott. VENEZIAN.

L'opera della Croce Rossa in guerra.

Si tiene a Ginevra una Conferenza diplomatica per la revisione della convenzione del 1906 sul miglioramento delle sorti dei feriti e dei malati degli eserciti in campagna e per l'elaborazione di un codice dei prigionieri di guerra. I lavori sono divisi, appunto, in due branche. Furono iniziati il 1° luglio: si prevede che siano ultimati per il 27 corr., data alla quale sarà riunita la seduta plenaria definitiva per la firma solenne delle due Convenzioni.

Lega Nazionale Belga contro la tubercolosi.

Con decreto reale del 15 maggio è stata assegnata a questa Lega una sovvenzione di 500.000 franchi, per promuoverne l'azione.

Società Belga di Medicina preventiva e d' Eugenica.

È stata fondata recentemente, su larghe basi e con ricco programma. Il Comitato esecutivo è presieduto dal dott. Boulenger; segretarî ne sono i dottori A. Goevaerts (rue de l'Ermitage 116), F. Mimianitoff (rue de Toulouse 35) e M. W. Schraenen (rue Goffart 107), tutti a Bruxelles.

Alla nuova Colonia profilattica permanente di Ostia.

Con l'intervento del Governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi, del cardinale Vannutelli, del sen. Marchiafava; del prof. Pecori e di altre personalità, sono stati inaugurati due padiglioni della nuova Colonia profilattica permanente di Ostia a Mare. Sua Em. Vannutelli ha proceduto personalmente alla benedizione dei nuovi locali.

Un preventorio a Macerata.

La provincia di Macerata provvederà alla costruzione di un edifizio da adibirsi a Colonia permanente per i fanciulli predisposti alla tubercolosi, dedicato alla memoria di Nicola Bonservizi, martire fascista.

Le condizioni sanitarie della Riviera.

Sono state sparse voci fantastiche su presunte epidemie di poliomielite anteriore acuta (paralisi infantile) nella Riviera di Genova; risulta che si sono avuti solo casi isolati della malattia, come se ne verificano sempre in tutti i paesi.

La designazione di "tubercolosario" va soppressa.

Il Sottosegretario agli Interni, on. M. Bianchi, rileva in una opportunissima Circolare che la denominazione di « Tubercolosario » data agli Istituti di cura pei tubercolotici può avere effetto depressivo sull'animo dei malati, e determinare una certa riluttanza al ricovero; epperò ha fatto presente l'opportunità di abbandonare tale termine, sostituendovi quella di Sanatorio, che può essere seguita dal nome di qualche eminente benefattore per elargizioni o per l'opera svolta contro la tubercolosi o per lo studio dedicato alla malattia.

La stessa Circolare avverte che il Ministero delle Comunicazioni ha ammesso la concessione di speciali facilitazioni di viaggio a favore di infermi tubercolotici inviati dai Consorzi agli Istituti Sanatoriali e da questi dimessi per fine di cura (applicazione della Concessione speciale 4ª) purchè siano indigenti e le competenze di cura gravino sui Consorzi.

Il sen. Viola festeggiato.

Alle terme di Roncegno si è svolta una simpatica cerimonia in onore del prof. Giacinto Viola, direttore della clinica medica di Bologna e consulente di quel luogo di cura, per celebrare la sua recente nomina a senatore e il suo venticinquennio di direzione medica allo stabilimento di Roncegno. Il Prefetto di Trento ha pronunciato un discorso augurale, e il podestà di Roncegno ha nominato il sen. Viola cittadino onorario, fra gli applausi dei convenuti.

Servizio diretto Milano-San Pellegrino.

È stato inaugurato un servizio diretto da Milano a San Pellegrino; nella stessa occasione è stato anche inaugurato il nuovo padiglione per bagni e cure elettriche. Intervennero alla cerimonia l'on. Bottai, altre autorità e molti medici; tenne un brillante discorso il prof. Luigi Devoto, dirigente il servizio medico.

Viaggio medico internazionale.

Avrà luogo da Vienna per Parigi e Londra, a partire dal 3 agosto; avrà scopi eminentemente scientifici e tecnici. Per informazioni rivolgersi alla: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Biberstrasse 11 1/6, Wien I, Austria.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Brit. Med. Journ., 15 giu. — G. A. ALLAN. Il reumatismo nell'infanzia.

Arch. Argent. Enferm. Apar. Dig. ecc., 4. — M. R. CASTEX. Iperpiesi epatogena. — J. J. BERETERVIDE. La tetania gastrica.

Cult. Med. Moderna, 15 mag. — R. BINAGHI. Pneumotorace ed echinococco del polmone.

Journal A. M. A., 1 giu. — W. L. A. WELLBROCK. Paratiroiti accessorie. — J. SHELTON HORSLEY. Ulcera peptica e cancro gastr.. — G. B. WEBB. Diagn. e cura precoce della tbc. polm. — W. B. CASTLE e M. A. BOROLE. Estratto epatico preparato a domicilio.

Minerva Med., 16 giu. — G. LUCCHI. Prova di carico con peptone come saggio della funzionalità renale. — M. DALLA PALMA. Plasmochina nella malaria.

Pediatria, 15 giu. — F. DE CAPUA. Esametilentetramina per via endovenosa nella corea di Sydenham.

Revue Belge d. Sc. Méd., apr. — E. DEROM. La trasfusione di sangue.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., mag. — L. BARD. Regolaz. della tensione art. allo stato patologico. — Casistica.

Münch. Med. Woch., 14 giu. — v. KREHL. Modificazioni dell'attività medica in 50 anni. — S. VAN LEEWEN e B. DE LA RIVIÈRE. La polvere domestica come asmogena.

Deut. Med. Woch., 14 giu. — KOLLE e PRIGGE. V'è immunità vera contro la sifilide. — ROSE. Trattam. della stitichezza cronica.

Indian Journ. Med. Res., apr. — B. N. CHATTERJEE. Azione del ferro sui varî organi emogeni. — L. E. NAPIER. I composti pentavalenti di antimonio nella cura del kala-azar. — T. C. BOYD e A. C. ROY. La chiluria. — T. B. MENON. Istopatologia dell'appendicite cronica. — H. W. MULLIGAN. Il sistema ret.-endotel. nella malaria. — R. ROND. Colture aerobiche di parassiti malarici.

National Med. Journ. of China, giu. — Numero sulla peste.

Paris Méd., 15 giu. — Numero di farmacologia.

Presse Méd., 15 giu. — H. JAUSION. Costituzioni dermopatiche.

Riv. San. Sicil., 15 giu. — G. GUIDA. Parasigmoiditi temporo-zigomatiche.

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — E. S. THORPE. Bronchiettasia cron. nell'infanzia. — P. A. WADE. Calcio e colesterolo in rapporto all'apparato tiroideo-paratiroideo. — J. FERBER e S. RABINOWITSCH. Glicemia consecutiva a ingest. di glicerolo. — G. A. BENNET. Periarterite nodosa.

Journ. Nerw. a. Ment. Dis., giu. — F. L. PATRY. Parkinsonismo post-encefalitico. — S. E. JELIFFEY. Crisi oculogire post-encefalitiche.

Bull. Méd., 15 giu. — L.-J. COLANÉRI. Trattam. delle adeniti tbc. con i raggi U. V.

Arch. di Patol. e Cl. Med., apr. — A. MARTINOLLI. Eziologia della linfogranulomatosi maligna. — S. CACCURI. Gland. salivari e glicemia. — A. MALAGUTI. Pleurite colesterinica.

Studium, 20 giu. — S. TAVIANI. La carie dentale.

Pathologica, 15 giu. — C. FITTIPALDI e V. SCALA. Micosi da funghi del genere « Candida ».

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 5 Agosto 1929 Num. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di S. M. della Consolazione in Roma.
Primario chirurgo: Prof. S. MUZII.

Ascesso epatico da dissenteria amebica rotto nella cavità peritoneale e guarito con l'operazione.

Dott. FABIANO BENEDETTI-VALENTINI,
chirurgo-aiuto.

Poichè rara è la rottura dell'ascesso dissenterico nella cavità peritoneale, e più rara ancora è la evenienza che tale gravissima complicanza dell'amebiasi si giovi dell'intervento chirurgico, credo che non spiacerà ai miei colleghi s'io riferirò loro un caso che ho avuto la ventura di osservare e curare nell'ottobre 1927 all'Ospedale della Consolazione.

D. T. Domenico, di a. 47, nato e domiciliato a Roma. Egli ha dimorato all'età di circa 25 anni per alcun tempo in Cina. È strenuo bevitore e modico fumatore. A circa 20 a. si è contagiato di blenorragia complicata da epididimite. Non ha precedenti morbosi famigliari e personali degni di nota. Narra che da circa quaranta giorni è sofferente di dolori addominali piuttosto intensi vaganti ed accompagnati da frequenti scariche diarroiche mucose e sanguinolente. Negli ultimi dieci giorni è stato preso da febbre continua remittente (38°-39°), accompagnata da orripilazione, brivido e sudori profusi. Da cinque giorni ha notato l'insorgenza di dolore fisso ben localizzato all'ipocondrio destro, dolore da prima modesto e poi man mano più intenso; in pari tempo la febbre, divenuta più alta, si è resa più nettamente remittente accentuandosi altresì i fenomeni di brivido e di sudorazione. Ventiquattro ore prima dell'ingresso in Ospedale il dolore dall'ipocondrio si è diffuso a tutto l'addome e si è accompagnato a conati di vomito, vomito ripetuto e tumefazione del ventre. L'alvo si è chiuso alle materie ed ai gas.

Si presenta al posto di soccorso il giorno 11 ottobre 1927.

E. O.: Il P. è in stato di forte agitazione. I lineamenti sono stirati. Il viso è pallidissimo e la fronte imperlata di sudore. Stato di nutrizione scadente. Lingua patinosa ma umida. Polso 110 ritmico, pressione media. Temperatura 37°,9'. Torace e cuore normali.

L'addome partecipa poco agli atti respiratori; ed è scarsamente trattabile. La palpazione riesce dolente in tutta la superficie, ma più specialmente nella metà destra, tanto nel quadrante superiore che nell'inferiore, ove alla pressione la parete addominale oppone una più energica

difesa. Non si apprezza presenza di versamento libero nella cavità peritoneale.

La milza e il fegato: non si possono esplorare con la palpazione per la resistenza opposta dalla parete addominale. La percussione non rivela ingrandimento di questi organi.

Sistema nervoso: normale.

Urine: albumina e zucchero assenti; sedimento negativo per elementi patologici.

Poichè l'interrogatorio un po' affrettato non aveva posto bene in evidenza i fenomeni di enterocolite, che apparvero così eloquenti in seguito, quando, dopo l'intervento si raccolse l'anamnesi con tutta comodità, e la localizzazione del dolore e della difesa portavano l'attenzione nostra al solito quadrante inferiore destro, il P. fu portato subito al tavolo operatorio con diagnosi di appendicite acuta.

Operazione (11-10-1927), dott. F. Benedetti-Valentini.

Cloroeteronarcosi regolare. Taglio pararettale piuttosto alto con punto medio a livello dell'ombelico.

Aperto il peritoneo, fuoriesce liquido siero-purulento. L'appendice che è inserita su cieco mobile ed appare pressochè normale o appena iperemica è facilmente asportata, e il moncone di essa viene regolarmente affondato. Ma poichè una notevole quantità di essudato torbido continua a fluire verso la fossa iliaca destra dallo scavo, ed un rivolo di materia nettamente purulenta cola

1) L'ascesso. — 2) La chiazza ecchimotica sull'angolo epatico del colon. — 3) La colata di pus. — 4) Essudato nero-purulento libero nella cavità peritoneale.

dallo spazio parietocolico, si prolunga in alto l'incisione in forma di baionetta in modo da poter esplorare agevolmente il fegato. Questo infatti appare aumentato di volume in corrispondenza della grande ala sulla concavità della quale, a poca distanza dal bordo, è evidente una tumefazione globosa della grandezza di un arancio. Ed al centro di questa è visibile una piccola soluzione di continuo lentiforme da cui geme pus denso verdastro. A contatto con tale pertugio è l'angolo epatico del grosso intestino che sulla sua faccia superiore presenta una chiazza della grandezza di una moneta da due lire, di colorito bluastro, con la sierosa opacata ed ispessita, senza traccia di aderenze e senza perforazione.

Protetta opportunamente la grande cavità peritoneale ed i visceri, si apre e si vuota la cavità ascessuale, se ne detergono le pareti, dopo aver prelevato un po' di materiale per l'esame batteriologico.

Si pone un drenaggio di gomma e garza nella cavità stessa fissandolo con un punto al parenchima epatico. Altre strisce di garza sono poste a corona intorno al tubo sulla faccia inferiore e presso il bordo anteriore del fegato. Si ricostruisce la parete sopra e sotto i drenaggi con triplice piano di sutura.

Una piccola laparatomia ipogastrica è praticata quale complemento di tale intervento per introdurre un grosso tubo di gomma nel piccolo bacino, atto a sgombrare le parti più declivi da ogni essudato che eventualmente si possa riprodurre.

Nei giorni successivi la temperatura si è abbassata notevolmente (37° 2'), il vomito è cessato. Al 3° giorno l'alvo si è riaperto ai gas ed alle feci. All'8° giorno il P. torna ad essere molestato da dolori addominali diffusi accompagnati da forte diarrea (5 scariche).

Il drenaggio dell'ascesso è ritirato al 14° giorno, quello ipogastrico all'8°. Il decorso dell'ampia ferita operatoria è stato regolare (guarigione per primam).

Il giorno 21 novembre: si pratica l'esame delle feci dopo aver somministrato al malato ripetute purghe saline: esso risulta positivo per l'ameba istolitica.

Si inizia subito il trattamento emetinico: 9 centigr. al giorno di cloridrato di emetina, alternando quattro giorni di cura con quattro di riposo. Dosi maggiori non sono tollerate.

In seguito a tale trattamento il numero delle scariche si riduce rapidissimamente, e al fine, dopo qualche breve periodo di recrudescenza, il P. finisce per guarire completamente e lascia l'ospedale il giorno 18 dicembre in perfetto stato di salute.

La migrazione, consecutiva a rottura dell'ascesso amebico, a quanto riferiscono i vari autori che si sono occupati dell'argomento, può farsi:

1) Verso i tegumenti: ne segue talvolta un vero e proprio fagedenismo della cute (A. Carini-Dagorn e Heymann); ma tale complicanza è piuttosto rara.

2) Negli organi sopradiaframmatici, ossia:

a) nel polmone; e genera allora un ascesso nel parenchima di questo organo (Nattan Larrier) che per lo più si apre successivamente

b) nei bronchi (Chauffard-Costa-C. Flandin e R. Dumas) e così si fa strada all'esterno per mezzo della vomica; la guarigione è possibile e frequente con la sola cura medica;

c) nella pleura (Proust e Raymond) pro-

ducendo un piotorace passibile di guarigione solo con l'intervento chirurgico;

d) nel pericardio, causando rapidamente la morte.

3) Negli organi sottodiaframmatici, ossia:

a) nel tubo digerente (stomaco, duodeno, intestino tenue e intestino grosso) risolvendosi con scariche purulente;

b) nelle vie biliari (ittero);

c) nel rene destro, nella pelvi renale e rarissimamente nella vescica;

d) eccezionalmente nella vena cava, nella porta, nel retto;

e) nel peritoneo: e di questo, o nelle logge più o meno chiuse (retrocavità degli epiploon [Vivie (1)], loggia subfrenica [Rives e Huet, Ulmann e C. Levi], ascesso sottodiaframmatico), oppure nella grande cavità.

E questa è l'evenienza più grave perchè conduce il p. attraverso la peritonite quasi sempre alla morte.

Ch. Dopter (2) nella trattazione che fa dell'« ascesso epatico da ameba » nel magnifico trattato di Roger-Vidal e Teissier di recente pubblicazione (1928), descrive due maniere di irruzione del pus nel peritoneo.

La prima massiva ed è la più nefasta:

« Quand la brèche est large l'irruption du « pus s'effectue en masse dans la séreux; il en « resulte la formation d'une péritonite géné« ralisée, rapidement mortelle ». All'autopsia la sierosa si trova piena di pus biancastro senza agglutinazione delle anse e senza false membrane. I sintomi sono simili in tal caso a quelli di una perforazione intestinale: dolori addominali intensi, timpanismo, tumefazione del ventre, vomito incoercibile, polso piccolo e frequente, ipotermia e collasso, che conduce in breve tempo alla morte.

La seconda lenta, che si fa da un sottile pertugio. In questo caso la migrazione si effettua a tappe, perchè il peritoneo ha tempo di reagire con formazione di aderenze, e la colata, seguendo le leggi di gravità, scende nelle parti più declivi forzando le barriere man mano che aumenta la pressione del liquido raccolto. Può seguire in tal modo, se posteriore, la guaina dello psoas, ovvero può dirigersi verso la regione ombelicale sotto forma di un cordone irregolare, o più comunemente verso le fosse iliache, restando il peritoneo vicino completamente indenne. I sintomi acuti corrispondono al momento di rottura e differiscono da quelli su descritti solo per la loro entità. Poi le condizioni del p. si rialzano al punto che sembra fugato ogni pericolo, ma in seguito tornano a presentarsi nuove crisi a scadenza variabile e « le sujet finit par succomber, après une ou deux sémaines dans une crise terminale ». (Ch. Dopter).

Il nostro caso in cui la rottura della sacca si sarebbe effettuata secondo il primo tipo, non essendosi vista alcuna formazione di membrane e di aderenze, dimostra come, per quanto sensata e giusta nell'insieme, la schematica distinzione delle due forme ed il profondo pessimismo prognostico che ne scaturisce, non sia da interpretarsi alla lettera ma possa soffrire qualche eccezione [Petredis (3)].

Se l'ascesso per esempio risiede nella parte più laterale del lobo destro presso l'angolo epatico del colon, come era nel p. di cui narriamo, il contenuto di esso anche fuoriuscendo in notevole quantità, secondo il primo modo di Roger, può colare lungo lo spazio parietocolico e raggiungere la fossa iliaca destra senza contaminare grossolanamente, almeno in primo tempo, il resto della grande cavità sierosa dalla quale tale spazio è naturalmente, per quanto relativamente, separato, anche in assenza di ogni aderenza flogistica reattiva (vedi figura).

È così che anche un ascesso liberamente rotto in peritoneo, quando il contenuto sia colato in certi particolari spazi in una determinata maniera, può essere beneficiato da un tempestivo intervento chirurgico.

Grandissima importanza deve avere indubbiamente la quantità e la qualità del contenuto dell'ascesso sopratutto in rapporto alla presenza o meno di germi associati ed alla loro virulenza. Nel caso nostro il materiale prelevato aveva l'aspetto di pus denso cremoso inodore ed esaminato microscopicamente si dimostrò costituito da numerosi leucociti più o meno disfatti (globuli di pus) detriti amorfi e cristalli di colesterina, e si notò ancora la presenza di bacilli corti e tozzi e di cocchi a piccoli gruppi irregolari. L'ameba, diligentemente ricercata, non si potè rinvenire.

È per questo da escludere che l'ascesso epatico fosse di natura dissenterica? No certo, perchè nel pus le amebe non vivono bene e quindi eccezionalmente vi si trovano. E il raschiamento della parete ascessuale ove quasi costantemente si annidano questi protozoi [Pontano (4)] fu disgraziatamente omesso. Ma l'insieme del quadro clinico e sopratutto il risultato brillante della cura emetinica mi par che siano abbastanza eloquenti.

Per quale via si è effettuata la fissazione delle amebe e degli altri germi associati nel parenchima epatico?

Se non fossimo a conoscenza di quanto hanno scritto in proposito gli autori più competenti nelle varie trattazioni e memorie, dato il

reperto, all'atto dell'operazione, dell'unicità e superficialità dell'ascesso e della descritta chiazza ecchimotica sulla parete del colon in corrispondenza dell'angolo e precisamente nel punto in cui esso era a contatto con la perforazione dell'ascesso, saremmo tentati di credere con Councilman (citato da Izar) all'infezione diretta per contiguità a seguito di peritonite adesiva, ossia che le amebe e gli altri germi siano arrivati al fegato perforando l'intestino.

Ma Izar (5) ci fa osservare che « tale interpretazione cade facilmente se si pensa al riscontro raro di peritoniti nell'amebiasi, rispetto alla grande frequenza degli ascessi epatici; ed alla disposizione degli ascessi multipli che sembrano originarsi in corrispondenza delle ultime diramazioni portali ».

E Pontano (*l. c.*) aggiunge che « questa ipotetica trasmigrazione dell'ameba attraverso il peritoneo e la capsula di Glisson resi aderenti, contrasta con ogni nozione clinica e anatomopatologica: mancanza di fatti peritoneali specialmente negli ascessi centrali; frequenza del 30 % di ascessi nel lobo sinistro e 0,30 % nel lobo di Spigelio ».

Anche la via linfatica pare poco probabile per quanto Roger abbia potuto dimostrare le amebe nei vasi bianchi ed altri (Rofoid, Iob e Spick, citati da Pontano, 1926) le abbiano riscontrate anche nelle ghiandole.

La maggioranza degli autori ammette che l'ameba sia trasportata al fegato per le radici della porta. E noi faremo ossequio a questa più antica opinione che è altresì quella che più facilmente ci spiega anche le altre metastasi: milza, polmone (Simonin), cervello (Legrand), testicolo (Warthin A. S.) ecc.

Che i germi associati siano trasportati dalle stesse amebe nel fegato come pensò primamente Kartulis e altri dopo di lui (Legrand (6), Axisa) è per lo meno assai dubbio, e resta sempre una pura ipotesi che attende ancora la sicura dimostrazione.

Si potrebbe nel nostro caso pensare che l'ameba abbia raggiunto il fegato per via portale, generando una necrosi epatica sottocapsulare; ed in secondo tempo i germi dimoranti nel colon, superata la parete intestinale e la capsula di Glissou, abbiano raggiunto tale focolaio trasformandolo in un vero e proprio ascesso.

Tale modo di concepire l'infezione ci potrebbe illuminare altresì sul meccanismo di rottura dell'ascesso: la quale potrebbe essersi prodotta per improvviso aumento di tensione della raccolta asettica dopo l'avvento dei germi secondari infettanti; ma non è nemmeno da escludersi che questi anche prima di raggiungere il contenuto del focolaio necrotico ne abbiano reso possibile l'esito per infiltrazione ed ulcerazione diretta della parete dall'esterno all'interno.

La possibilità di questi pericolosi accidenti ci deve spingere a trattare operativamente tutti i portatori di ascessi epatici da dissenteria?

Rispondere a questa domanda sarebbe riportare a galla le polemiche che per lungo tempo sono state combattute fra medici e chirurgi. Qualche anno fa (1919) fu risollevata anche da noi la questione per un articolo del dott. Simoncelli (7) apparso nella Sez. med. del *Policlinico*. Egli affermava che « la cura chirurgica deve seguire immediatamente alla diagnosi di ascesso epatico dissenterico e possibilmente deve essere eseguita in un sol tempo perchè la sola attesa di 48 ore tra il 1° ed il 2° tempo può far perdere il malato ». E riportava una statistica di sette operati con quattro guarigioni e tre morti!

Ma tale opinione un po' troppo allarmistica, a dire il vero, del Simoncelli fu opportunamente corretta dalla autorevole risposta del Pontano (8), che ricordò all'avversario ed ai lettori di quel periodico che se è vero che l'ascesso epatico può evolvere in un tempo relativamente corto, ossia da una a tre settimane (nel nostro caso dall'inizio dei sintomi alla perforazione intercorsero dieci giorni), è pur vero che il decorso abituale si fa nello spazio di vari mesi (Murchinson, Manson, Rolleston citati da Pontano) e si ha quindi tutto l'agio di praticare la cura specifica. A tranquillare i colleghi lo stesso autore riportò ancora la statistica del Rouis, che su 162 casi letali trovò che in 125 casi il decesso fu dovuto non a complicanze ma alla gravità dell'affezione locale e alla concomitante dissenteria; e solo in 12 casi a rottura dell'ascesso nella cavità peritoneale e in 11 nella cavità pleurica; in 3 a peritonite; in 3 a spandimento del pus epatico nel polmone; in 3 a lacerazione di aderenze; in 2 a polmonite e in un solo caso a rottura nel pericardio.

Dal che il Pontano dedusse, e la statistica operatoria del Simoncelli gli rese ancor più facili e persuasive le conclusioni, che val meglio astenersi dall'intervento chirurgico e curare l'ascesso epatico con emetina la quale è di per sè sufficiente ad arrestare l'epatite amebica; e favorisce così, dopo l'estinzione dell'agente infettivo, il graduale riassorbimento dei prodotti necrotici e flogistici. Ma ora la

esperienza che si ha della cura emetinica è così larga che la questione è del tutto superata.

Anche noi, dopo qualche giorno dall'atto operativo, abbiamo sottoposto il p. a cura emetinica la quale lo ha abbastanza rapidamente guarito dalla enterocolite dissenterica; e certamente sarà stata utile anche per la cura dell'epatite ascessuale operativamente trattata.

Ma è d'uopo riconoscere che il malato deve sopratutto la sua salvezza all'atto operativo, il quale, se tempestivamente praticato, può rendere meno infausto il prognostico di questa grave complicanza dell'ascesso epatico dissenterico, ritenuta da tutti quasi costantemente letale.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso di un uomo con segni di peritonite acuta, operato d'urgenza. Egli trovò un ascesso dell'ala destra del fegato il cui contenuto era colato da un sottile pertugio nella fossa iliaca destra ed aveva provocato una peritonite diffusa. La ricerca dell'ameba istolitica nelle feci fu positiva. Il malato fu sottoposto a cura emetinica della quale si giovò rapidamente.

BIBLIOGRAFIA.

(1) VIVIE. *Hépatite suppurée. Abcès multiples. Mort par ouverture d'un abcès du lobe droit dans l'arrière cavité des epiploons*. Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine, v. 212, 1914.

(1) G. H. ROGER, F. VIDAL, P. I. TEISSIER. *Nouveau traité de Médicine* (1926). « Par Ch. Dopter », fasc. XVI: *Patologie du Foie*, pag. 243.

(3) PETREDIS. *Un cas d'abcès du foie rompu dans la cavité péritoneale, opération,. guérison*. Soc. Anatomique, 16-VI-1921. Citato da IZAR.

(4) T. PONTANO. *L'ascesso amebico*. Policlinico, Sez. Med., 1926, pag. 183.

(5) G. IZAR. *Amebiasi*. Vincenzo Giannotta, edit., Catania, 1922.

(6) LEGRAND. II Congrès de la Société internationale de chirurgie. Le Caire, sept. 1908. Citato da ROGER.

(7) G. SIMONCELLI. *Sulla cura medica dell'ascesso epatico dissenterico*. Policlinico, Sez. Med., 1919, pag. 222.

(8) T. PONTANO. *Risposta alle critiche del dott. Simoncelli*: « *Sulla cura medica dell'ascesso epatico dissenterico* ». Ibid. 1919, pag. 236.

Rep. Malattie Contagiose dell'Ospedale Prov. di Pola.

Due casi di noma nel decorso del tifo.

Dott. UMBERTO SBISÀ, primario.

Col nome di noma o cancro acquatico si designa quella gangrena che ha partenza dalla superficie interna delle guancie o dalle gengive, per distinguerla dai processi gangrenosi del cavo orale con sede in altri organi (tonsille, velopendolo).

Il noma compare — se mai — assai di rado come malattia a sè; dai vecchi autori fu invocata per questi casi come causa una intossicazione del sangue per analogia ai processi gangrenosi sviluppantisi in seguito al morso di animali velenosi.

Di solito esso si insedia o sul terreno di infiammazioni del cavo orale, stomatiti, stomacace, ecc.; ne furono osservati dei casi insorti dopo estrazione di denti (McCurrick), più spesso durante il corso di malattie acute tifo-sepsi-morbillo, ecc., recentemente ne furono osservati dei casi da autori spagnoli e russi anche in seguito all'influenza. Colpisce però quasi esclusivamente individui gracili, denutriti vissuti in ambienti malsani e nella età fra i 2-15 anni. Su 413 casi raccolti da Bruns solo 11 si trovarono in età superiore ai 15 a. Si deve pertanto ritenere il noma quale malattia dei bambini ed adolescenti.

Secondo le vecchie teorie, il noma come le altre forme di gangrena, era dovuto ad azioni nocive provenienti dall'organismo stesso « per afflusso deficiente di sangue — alterazione degli umori, trombosi venose, turbe di trofismo, ecc. ». — In seguito prevalse il concetto che fattori esogeni « microorganismi » ne fossero gli agenti.

Di questi ne furono descritti parecchi trovati sia da soli che associati nei tessuti nomatosi.

Ranke per primo dimostrò la presenza di stafilo-streptococchi. Schimmelbusch di bastoncelli corti con estremità arrotondate spesso uniti a due. Grawitz di un bacillo diverso dai precedenti e Schmidt di diverse specie di cocchi e bastoncelli nelle parti gangrenose e di un comma bacillo nel tessuto infiltrato. Babés-Zambilovic e Guerretti trovarono un bacillo corto con estremità arrotondate (Pseudodifterite); Freimuth e Passini il bacillo di Loeffler, Bolognesi e Chiurco l'actinomices; Durante l'associazione dello Staphilococcus pyogenes aureus col Proteus; Krahn (stafilococchi e spirilli).

Presentemente però dalla maggioranza degli osservatori e particolarmente da Aschoff, Budan e Kaspar viene ammesso che il noma sia dovuto all'azione del bacillo fusiforme sia isolato che in associazione con spirochete o bacilli di Loeffler.

Quanto a frequenza pare predomini la simbiosi fuso-spirillare. Dato il noto polimorfismo del bacillo fusiforme è facile spiegarsi i disparati reperti batteriologici che in molti

casi non rappresentavano altro che forme differenti dello stesso microorganismo. Per la sua proprietà spiccatamente anaeroba esso si trova sia solo che in simbiosi nelle parti più profonde del tessuto nomatoso; ma fu rinvenuto pure in zone edematose apparentemente ancora sane alla periferia del tessuto necrotico, determinandovi quelle alterazioni vasali e trombosi che controdistinguono il noma dalle altre più benigne malattie orali pure dovute all'infezione fusiforme. Alla superficie dei focolai necrotici si sviluppa invece di solito una flora proteiforme d'importanza nosologica del tutto secondaria.

Come per altre malattie così ancor più per lo sviluppo del noma è necessaria una minorata resistenza dell'organismo intero o almeno dei tessuti colpiti, che solo in quelle condizioni possono attecchire ed acquistare virulenza e microrganismi specifici.

Le alterazioni anatomiche del noma sono quelle della gangrena umida. Il tessuto colpito si trasforma in una massa nerastra di odore nauseante che cade a brandelli.

La gangrena comunemente si estende rapida in superficie e profondità perforando la guancia quando il processo s'era dipartito dalla superficie interna della stessa e addentrandosi nel mascellare o nelle ossa nasali, che cadono in necrosi, quando s'era iniziato nelle gengive.

Fra le complicazioni del tifo in punto frequenza il noma occupa uno degli ultimi posti; nella statistica dei tifosi di quest'Ospedale, dal 1905 a tutt'oggi, comprendente n. 1045 infezioni ebertiane o del gruppo paratifico, ne annovero solamente due.

Se la percentuale di frequenza è molto bassa, altrettanto elevata appare invece quella della mortalità che viene calcolata all'80 % dei colpiti.

Che fra le altre cause predisponenti su accennate anche la negletta igiene boccale così difficile a far eseguire ai tifosi possa rappresentare un fattore predisponente, non è punto da escludersi; ma la rarità di tale complicazione toglie a questo elemento molta importanza.

La trasmissibilità del noma non è punto dimostrata; la rendono molto dubbia la rarità dei colpiti e sopratutto la constatazione del mancato contagio dei pazienti degenti nelle medesime sale dei nomatosi.

Il decorso del male — ad eccezione dei rari casi ad esito favorevole — è quello di una grave tossinfezione, temperatura elevata, adinamia, cardio astenia, ipotensione vasale; l'esito avviene per lo più dopo un paio di settimane per broncopolmonite.

Ad aggravare l'influenza della tossinfezione contribuisce di molto la difficile nutrizione sia per anoressia che per la difficoltà di aprire la bocca in causa del trisma di sólito presente ed ostinato. Nei pochi casi ad esito fausto la gangrena si arresta per demarcazione, le parti necrotiche si staccano e la guarigione procede relativamente rapida lasciando come reliquato più o meno gravi deformità del volto.

CASO I. — D. Luisa, di anni 15, da Pola. Entrata nel reparto tifosi l'11 novembre 1921, deceduta il 26 novembre 1921.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Ammalò tre settimane fa con cefalea, leggera febbre, anoressia e frequenti epistassi.

Tale sindrome andò aggravandosi e in breve si determinò il quadro classico del tifo.

Da circa 8 giorni la paziente accusò bruciore e dolore alla bocca ed alla guancia sinistra ed avvertì grande difficoltà di aprire la bocca ciò che ostacolò notevolmente il suo stato di nutrizione.

Stato presente. — È di aspetto sofferente, molto deperita; pallida itterica con cianosi marcata alle labbra ed ai pomelli. Temperatura elevata 39°-39°,5. Ghiandole sottomascellare e cervicali molto ingrossate, dure, dolenti, forte edema alla emifaccia sinistra, nel centro un infiltrato duro violaceo cui corrisponde internamente una profonda necrosi icorosa che si estende anche alla gengiva. Lingua ingrossata, patinosa, ulcerata. Alito fetidissimo. Scialorrea muco-purulenta e sanguigna continua. Trisma quasi totale.

Torace. — Sintomi bronchiali diffusi, lieve ipostasi alle basi polmonari.

Apparato circolatorio. — Toni cardiaci oscuri e fiacchi; polso frequente, piccolo, ipoteso.

Addome. — Meteoristico. Splenomegalia. Alvo diarroico. Orina scarsa; lieve traccie d'albumina e presenza di pigmenti biliari. Siero reag. Widal positivo per tifo.

Lo stato della paziente andò progressivamente aggravandosi per il rapido estendersi del processo gangrenoso che portò al disfacimento di gran parte della guancia, della gengiva corrispondente, intaccando anche il mascellare ed il bordo della lingua. Di pari passo progredì lo stato tossiemico e dopo 15 giorni la paziente decedette per broncopolmonite finale.

Trattamento usato. — Ritenendo l'infezione di natura spirochetica fu usato il neosalvarsan per iniezioni endovenose 0,18-0,20, 0,30-0,30. Nel contempo naturalmente non fu trascurata la cura sintomatica per mantenere valide le forze della paziente.

Reperto d'autopsia. — Gangrena estesa alla guancia sinistra, alla gengiva ed osso mascellare dello stesso lato ed a parte della lingua.

Broncopolmonite metastatica basale sinistra, spleno.

Degenerazione parenchimatosa del cuore e degli organi addominali.

Caso II. — Bianca P., d'anni 9, scolara, da Pola.

Gentilizio sano; non ha sofferto malattie degne di nota, se si eccettuino dei disturbi leggeri e transitori dovuti ad una modica ipertrofia tonsillare.

I primi sintomi dell'attuale malattia risalgono alla fine di luglio p. p. e si iniziarono con dolore alla gola, lieve ipertermia, cefalea e perdita d'appetito. Questa sindrome andò rapidamente aggravandosi e dopo circa dieci giorni la temperatura era già salita al livello 39-40° con equivalente aggravamento dei fenomeni tossiemici. Fu chiamato un sanitario che fece diagnosi di tifo. La malattia ebbe un decorso lungo a carattere di gravità che prostrò molto le forze della piccola paziente.

Verso la seconda metà d'agosto la madre avvertendo l'alito nauseante della bambina, esplorò con difficoltà il cavo orale e scoperse sulla parete interna delle guancie e sulle gengive numerose chiazze di colorito grigio sporco secernenti pus e sangue. Simultaneamente comparvero sul torace e sull'addome delle macchie prima rosee, poi giallastre con alone infiammatoso, che in progresso ulceravano dando esito a pus. Verso la fine del mese il volto divenne edematoso, la gonfiezza si estese anche al collo; la temperatura e le condizioni generali si aggravarono bruscamente, per cui il medico consigliò l'immediato trasporto all'Ospedale. La paziente entrò il 28 agosto.

Stato presente. — Condizioni generali molto gravi. Temperatura elevata (38-39), polso piccolo e frequente, dispnea; sensorio lievemente obnubilato.

Forte edema del volto e particolarmente della guancia sinistra, con ingorgo delle ghiandole sottomascellari e cervicali. Trisma permanente. Sulla guancia sinistra si palpa un infiltrato duro rivestito da una chiazza nero-turchina grande quanto una moneta da 5 ct. circondata da un alone sottile grigio-sporco; la faccia interna della guancia è quasi completamente coperta da un tessuto necrotico, nerastro di odore fetido. Questo tessuto a carattere ulcerativo gangrenoso si estende anche alla gengiva corrispondente. La lingua ingrossata, patinosa e coperta nella sua parte anteriore destra (controlaterale) da una massa nerastra di aspetto necrotico di consistenza dura molto aderente al tessuto sottostante.

Sul torace, specialmente nella parte posteriore si notano in sede simmetrica e con preferenza lungo il decorso dei nervi intercostali e così pure sull'addome, delle ulcerazioni della grandezza da una lente ad una moneta di 1 lira, di aspetto lardaceo a margini netti, alcune con fondo ricoperto da essudato giallastro, altre con fondo granuleggiante e sanguinante, altre infine rivestite da una crosta bruno-nerastra molto aderente. Nulla di notevole da parte degli organi respiratori.

Cuore: in limite con toni deboli, oscuri. Polso piccolo, frequente.

Addome: meteorico, dolente alla pressione, alvo diarroico, tumore splenico.

Esame del sangue: Hb. 68; glob. b. 9.200; glob. r. 4.350.000; val. glob. 0/8.

Formula leucocitaria: polinucl. neutrofili 58 %; polinucl. eosinofili 1 %; linfociti 34 %; monociti 7 %.

Terapia e decorso. — Antisepsi orale con acqua ossigenata ed impacchi di Burow. Nella premessa di trovarsi ancora davanti ad una infezione pura o almeno prevalentemente spirochetica fu

anche in questa paziente fatta una cura endovenosa di Neosalvarsan, complessivamente n. 3 iniezioni (0,15, 0,30, 0,30) con intervallo di cinque giorni.

Il suo stato però andò progressivamente aggravandosi per il rapido estendersi del noma sia in superficie che in profondità, tanto che in brevi giorni si costituì un canale del diametro di circa 3 1/2 cm. perforante la guancia. Nel cavo orale il processo gangrenoso si addentrò dalle gengive al mascellare superiore causando la caduta di due denti e cominciò a diffondersi (ciò che di solito non si verifica nel noma) all'altra guancia. Simultaneamente comparvero nuove chiazze necrotiche sul torace e sull'addome dovute indubbiamente a metastasi. Constatata l'inefficacia del trattamento antispirochetico usato e creduto di poter escludere anche la prevalenza delle spirochete nell'infezione in corso, mi sono orientato, secondo il criterio di frequenza (non essendomi stato possibile per difficoltà improvvise far procedere nello Istituto batteriologico alle necessarie ricerche) sul concetto di una infezione da bacillo fusiforme.

Le esperienze favorevoli di Kaspar e Golianitski, sebbene non suffragate da osservazioni di qualche altro autore, mi indussero a provare il solfato di rame per applicazioni locali. (Kaspar aveva constatato del tutto incidentalmente durante prove di laboratorio che soluzioni di solfato di rame ostacolavano lo sviluppo di culture di Ba. fusiforme). Furono perciò fatti dei toccamenti 2 volte al giorno dei focolai gangrenosi con soluzione di solfato di rame al 10 % e frequenti spruzzamenti del cavo orale mediante un polverizzatore con una soluzione al 5 %; esternamente impacchi puri con soluzione al 5 %.

Ma poichè la presenza e la periodica ricomparsa di nuovi focolai su altre parti del corpo dinotava che in questo caso il processo gangrenoso non si limitava più alla sua sede consueta « noma » ma che per via metastatica si era ormai manifestato e si diffondeva ulteriormente in sedi lontane costituendo una vera setticemia gangrenosa pensai di associarvi alle predette applicazioni locali anche una cura generale e ricorsi alle iniezioni endovenose di sali di calcio di cui furono vantate le proprietà antitossiche (Liedermann) e di esaltazione della fagocitosi (Hamburger-Bunnte).

Fu praticata giornalmente una iniezione di cloruro al 10 %.

Già al secondo giorno dopo l'inizio di questa cura, calcio e solfato di rame, si delineò netto l'arresto del progresso della gangrena ed il miglioramento nello stato generale della paziente. L'edema facciale ed il trisma cominciarono a ridursi ed in corso di otto giorni le masse necrotiche sia nel cavo orale che quelle disseminate sul tronco si staccarono ed il processo di guarigione, come risulta dagli uniti clichés, procedette rapido, tanto che il 15° giorno la paziente già alzata e bene ristabilita in forze potè venir trasferita al reparto chirurgico ove le fu praticata dal primario dott. Craglietto una plastica necessaria a ricoprire il piccolo foro rimasto nelle guancie.

Il risultato veramente insperato ottenuto con questo trattamento in un caso così grave di noma con manifestazioni multiple gangrenose, va giustamente segnalato per indurre anche altri osservatori a sperimentare tale cura, in vista particolarmente della inefficacia degli svariati metodi terapeutici proposti e provati sinora. Cito fra questi l'applicazione locale di differenti soluzioni antisettiche che al più potrebbe dimostrarsi vantaggiosa ostacolando lo sviluppo della flora batterica che si moltiplica alla superfice delle lesioni nomatose. Questa flora però ha un'importanza del tutto trascurabile nell'evoluzione della gangrena che è dovuta unicamente a germi anaerobi viventi in profondità e periferia.

La cauterizzazione sia chimica che termica e gli interventi chirurgici hanno dato sempre o quasi cattivi risultati; e questi ultimi particolarmente credo sieno senz'altro da evitarsi dato il pericolo di aprire nuove vie alla diffusione del male col rendere pervî i vasi linfatici e sanguigni in una zona già inquinata dai germi del noma che come accennai furono riscontrati alla periferia delle masse gangrenose in parti apparentemente ancora sane.

Nei pochi casi in cui si riesce a dimostrare la presenza del bacillo di Loeffler sarebbe certo consigliabile di ricorrere alla sieroterapia specifica.

Nella pluralità dei nomatosi sarà però raccomandabile di ricercare con la maggior premura la natura dei germi che si trovano nelle zone profonde e procedere a seconda della prevalenza degli stessi B. fusiformi o spirochetI, alla terapia cupro-calcica od a quella cuproneosalvarsanica a seconda del caso.

CONCLUSIONI.

Fra le complicazioni del tifo il noma è una delle più rare e finora di prognosi comunemente infausta. Le recenti nozioni sulla presenza quasi costante del bacillo fusiforme da solo o in associazione con spirochete o bacillo di Loeffler nel tessuto nomatoso, ha aperto nuove possibilità curative di tale affezione.

In ogni caso di noma con prevalenze di bacillo fusiforme sarà da usarsi la cura cuprocalcica riserbando quella cupro-neosalvarsanica alle forme dovute a spirochete e le iniezioni di siero antidifterico ai casi rari ove sia risultato presente e predominante il bacillo di Loeffler.

Pola, 16 febbraio 1929-VII.

NOTE E CONTRIBUTI

Sull'efficacia delle vaccinazioni antirabbiche intensive, abbreviate e prolungate.

Prof. CLAUDIO FERMI.

Il Babes, a pag. 530 del suo trattato sulla rabbia, scrive:

« Dans la première période nous avons employé la méthode intensive de Pasteur; nous avons eu, sur 56 cas, 14 insuccès, mais nous avons observé que les sujets contaminés succombaient à peu près tous avant le trentième jour, à dater du jour de la morsure; ce qui indique que la vaccination est devenue efficace après trente jours de traitement ».

Il metodo intensivo Pasteur usato dal Babes ha dato, come si vede, una mortalità di 14 insuccessi su 56 trattati, vale a dire del 26 %. Trattandosi soltanto di morsicati da lupo, che danno una mortalità del 60-90 %, il risultato non sarebbe molto cattivo. Ad ogni modo il Babes non è responsabile dei risultati ottenuti con questo metodo che non è suo.

Il Gamaleia, col trattamento intensivo, avrebbe ottenuto risultati migliori che col trattamento semplice. Mentre, infatti, con questo iniettando dei midolli dal n. 14° al 15° ebbe una mortalità del 5,88 %, col trattamento intensivo ebbe invece una mortalità del 0,80 %.

Quantunque nel caso del Babes si trattasse di morsicati da lupi, una mortalità del 26 % parla molto in favore del metodo intensivo usato? Ed i migliori risultati ottenuti dal Gamaleia non sarebbero da attribuirsi, anzichè al metodo intensivo, alla maggior efficacia del virus fisso, in confronto di quello sottoposto alla deleteria azione del disseccamento per 14-15 giorni?

La seguente mia vecchia esperienza (1) parlerebbe decisamente contro al metodo intensivo.

Dieci cani trattati col metodo intensivo, iniettando ai medesimi per via endomuscolare l'intiera serie dei midolli 6-5-4-3-2-1-0 in un solo giorno, 1 ogni mezz'ora, in ragione di 1 cmc. di emulsione ed infettandoli 30 giorni dopo la fine del trattamento di virus di strada sottodura, soccombettero, come prevedevasi, tutti di rabbia.

Sette poi dei medesimi soccombettero di rabbia da vaccino, cioè di virus fisso, infatti presentarono i primi sintomi prima che si praticasse l'infezione subdurale del virus fisso.

Ad ogni modo il trattamento intensivo, sia per gli inconvenienti inerenti al medesimo (forti reazioni locali, possibilità di infezioni, dolorabilità, incertezza di una maggiore efficacia) non è consigliabile.

Altri AA. sono fautori invece delle cure semplicemente abbreviate. Così l'Hempt conclude (2):

« 1) È possibile un abbreviamento della cura sino a 3-6 giorni, in media 5 giorni senza danno alla sua efficacia.

« 2) Il metodo abbreviato ha la stessa efficacia del metodo classico della durata di più settimane, con grande risparmio di tempo e spesa, ciò che non è senza importanza.

« Eine Abkürzung der Behandlungsdauer der Wutschutzimpfung ohne Beeinträchtigung des Impfschutzes auf 3 bis 6, durchschnittlich auf 5 Tage möglich ist.

« Dass das abgekürzte Impfverfahren somit bei einem 3 bis 4 fach geringeren Zeit und Kosten- Aufwand mindestens dasselbe leistet wie die auf eine mehrwöchentliche Dauer berechneten klassischen Methoden, was volks- und staatswirtsschaftlich gewiss von einer nicht zu unterchätzenden Bedeutung ist ».

Ora, prescindendo che quando si tratta di salvare dei poveri disgraziati dalla morte più terrificante, qual'è la rabbia, il risparmio di un po' di tempo e danaro devono passare in ultima linea, ritengo impossibile che una cura di 5 giorni, presso a poco con lo stesso vaccino, sia efficace come quella di più settimane.

Naturalmente, ho istituite anch'io molte esperienze per tentare di abbreviare la cura; tuttavia, per ora ho dovuto concludere che per vaccinare più efficacemente necessita non solo iniettare la quantità sufficiente di virus fisso, ma pure in un sufficiente numero di giorni.

Ecco, infatti, i risultati di alcune delle esperienze pubblicate nel 1907 (3):

1) mentre 10-18 cmc. di vaccino iniettati in ragione di 2 cmc. al giorno salvarono solo 33 dei ratti, invece, 28 cmc. li salvarono tutti e 50, cioè nella proporzione del 100 %;

2) mentre 5 cmc. di vaccino, non salvarono che il 23 % dei topolini, invece 10 cmc. li salvarono tutti, cioè in ragione del 100 %;

3) mentre con 24 cmc. di vaccino perirono tutti i ratti di rabbia, con 28-30 si salvarono tutti;

4) i 34 animali di controllo morirono tutti, senza eccezione, di rabbia;

5) inoltre, da altre serie di esperienze risultò che è molto più efficace un trattamento di 15 cmc. di vaccino in 30 giorni che un trattamento di 30 cmc. in 6 giorni; così pure è molto più efficace il siero ottenuto con 50 cmc. di vaccino in 30 giorni che quello ottenuto con 50 cmc. in 6 giorni.

Ma pure altri rabbiologi sono assolutamente contrari all'abbreviamento della cura e vengono alle mie stesse conclusioni. Così l'Hermann (4), scrive:

« Ciò dimostrerebbe pure che i trattamenti curativi abbreviati sono insufficientemente efficaci e che necessitano i prolungati ».

RIASSUNTO.

Affinchè le vaccinazioni antirabbiche intensive siano efficaci, necessita iniettare una quantità sufficiente di virus e in un sufficiente numero di giorni.

BIBLIOGRAFIA.

(1) FERMI C. *I vari metodi di cura antirabica.* Parte II. Annali d'Igiene, 1915, pag. 9.
(2) HEMPT A. Seuchenbekämpfung. Jahrgang V., Heft I, 1928, pag. 62.
(3) FERMI C. *Studio sull'immunizzazione contro la rabbia.* In « Soc. Ital. d'Igiene », 1906; *Ueber die Immunisierung gegen Wukrankheit* Zeitschr. f. Hygiene, 1907.
ID. *L'influenza della quantità iniettata, della diluizione e della filtrazione sul potere antirabico del siero e del sierovaccino antirabico.* Arch. di Farmac., 1916.
(4) HERMANN. Centr. f. Bakt. I. Abt. Origin., Bd. 96, Heft. 2, 1925, pag. 135.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMOSIFILOGRAFIA.

La sifilide congenita nella prima infanzia.

(M. PÉHU. *La Pediatria,* 1 maggio 1929).

Il dominio nosografico della sifilide congenità si è molto modificato grazie all'introduzione nella pratica di sempre nuovi mezzi d'indagine e di cura.

I primi hanno fatto riconoscere per sifilitiche affezioni la cui origine prima rimaneva sconosciuta, i secondi attraverso le osservazioni del virus nei genitori hanno alleggerito le manifestazioni morbose nella prole.

Conforme alla classifica di Marfan i segni e sintomi della sifilide congenita possono essere di certezza, che sono poco numerosi e si constatano per un breve periodo dalla nascita fino al quarto mese, e di probabilità.

I segni di certezza sono:

a) eruzioni cutaneo-mucose: il pemfigo quasi sempre plantare e palmare e che appare solo nei primi tre mesi, la roseola, le eruzioni a tipo papuloso, papulo-erosivo, condilomatoso, e meno frequentemente le placche buccali;

b) osteopatie: l'osteocondrite iniziantesi nella vita fetale e terminante nel quarto mese di vita e la periostite ossificante;

c) lesioni oculari: il glaucoma, l'iridociclite, le retiniti pigmentarie, lesioni tutte che si manifestano con pochi segni esteriori;

d) lesioni dei denti: il taglio semilunare a tipo di Hutchinson.

I segni di probabilità sono:

a) splenomegalia;

b) coriza siero-purulenta o siero-ematica persistente;

c) manifestazioni nervose: cerebropatie varie con convulsioni parziali o generali, idrocefalo a sviluppo lento e progressivo, morbo di Little, emiplegie, tetraplegie;

d) lesioni varie: nefriti, itteri, melena o emorragie diverse, anemie, adeniti specie epitrocleari, ulcera persistente dell'ombelico ecc.

Questi fatti presi isolatamente non costituiscono l'appannaggio esclusivo della sifilide ereditaria. Questa si manifesta con un insieme di segni e sintomi molto variabili costituendo così delle forme speciali sia per il tipo, sia per il grado del complesso sintomatico.

È a tener presente che l'infezione sifilitica molto virulenta nei primissimi periodi della vita subisce a poco a poco attenuazioni che non sono continue potendosi verificare ricadute e recidive, le quali ad ogni modo non raggiungono mai l'intensità di quanto si osserva nei primissimi mesi della vita.

La sifilide congenita percorre tappe ben definite in rapporto all'età. Così la cheratite interstiziale a tipo Hutchinson è eccezionale prima del secondo anno, la dilatazione bronchiale vera non si ha mai nel lattante.

La sifilide congenita può assumere i seguenti aspetti:

1) *Forma grave.* Interessa per lo più i neonati ed i lattanti molto piccoli, e si verifica nel 50 % di tutti i casi. Ha sintomi numerosi, dei quali molti patognomonici: pallore, edemi generalizzati dovuti a nefrite, eruzioni cutaneo-mucose (pemfigo palmare e plantare, roseola, condilomi, ecc.), epato-splenomegalia, alterazioni scheletriche rilevabili radiologicamente (osteocondrite, periostite ossificante), linfocitosi nel liquor, talvolta idrocefalo lieve.

2. *Forma comune.* È più frequente della precedente e meno facilmente accertabile clinicamente. Le varietà di questa forma in ordine di frequenza sono:

a) *Tipo con denutrizione generale e splenomegalia.* È caratterizzata da ipotrofia e ipotrepsia, la cui origine sifilitica è rivelata da altri segni concomitanti non patognomonici: corizza, lieve splenomegalia, lieve idrocefalo. Talvolta per la diagnosi sono necessari la Wassermann e l'esame radiologico delle ossa;

b) *Tipo nervoso*: convulsioni, morbo di Little, emiplegia. La diagnosi deve essere convalidata dalla ricerca degli antecedenti, dalla Wassermann nel sangue e nel liquor;

c) *Tipo anemico.* È caratterizzato da pallore profondo, splenomegalia, leucocitosi moderata senza vera leucemia. È l'anemia pseu-

do-leucemica descritta da Cardarelli, Somma e Von Jacksch. Si verifica non prima del 6° mese e non dopo i 2 anni di vita;

d) *Malattia di Parrot*, accompagnata o non dai segni patognomonici della sifilide congenita.

3. *Sifilide congenita a manifestazioni tardive.* Riveste in primo tempo l'apparenza di una comune debolezza congenita senza alcun fatto che faccia pensare alla sifilide, di cui solo ulteriormente sopraggiungono le manifestazioni poco numerose ma indiscutibili.

4. *Sifilide larvata.* Con questa denominazione sono designate forme di sifilide congenita che decorrono sotto l'apparenza di un'altra malattia. Entrano in questo gruppo nosologico manifestazioni differenti, molteplici che non hanno tra loro alcun legame sintomatologico, ed alle quali si può attribuire l'origine sifilitica solo in base ai dati anamnestici, alle ricerche di laboratorio, agli effetti benefici della cura antiluetica.

La lista delle sifilidi larvate è lunga: melena del neonato, malattia dei vomiti abituali, idrocele vaginale, adenite epitrocleare, ipertrofia del timo, cardiopatie congenite, stati di denutrizione generale, atrepsia, vegetazioni adenoidi precoci, ecc.

La conoscenza di questa forma anormale dell'infezione da spirochete è interessante, ma non le si deve dare un'estensione esagerata, che comporta rilevanti inconvenienti pratici, quali ad esempio l'attribuzione alla sifilide di fatti che hanno la loro origine in disordini dell'apparato digerente. Dr.

Eritrodermie e accidenti precoci e tardivi della terapia arsenicale.

(Carnot. *Journal des Praticiens*, 1929, n. 23).

L'arsenico si adopera in terapia sotto tre tipi di preparazioni, che hanno tossicità molto diversa: 1) *arsenico inorganico* (arseniti e arseniati); 2) *arsenico organico pentavalente* (metilarsinato, cacodilato, atoxyl, arsacetina, stovarsol); 3) *arsenico organico trivalente* (arsenobenzoli).

1) L'arsenico inorganico è adoperato da molto tempo sotto forma di arseniti che contengono circa il 75 % di metalloide e di arseniati che ne contengono il 44 %.

Più usati sono i primi sotto forma di granuli di Dioscoride ad un milligramma, il liquore di Boudin al millesimo ed il liquore del Fowler al centesimo.

I fenomeni tossici prodotti dall'arsenico inorganico sono a carico dell'apparato digerente e nervoso. Caratteristiche sono le polineuriti arsenicali (paralisi degli estensori).

2) Dei preparati organici i più adoperati sono il metilarsinato o arrhénal ed il dimetilarsinato o cacodilato, che non danno accidenti tossici anche a dosi generose.

L'atoxil o anilarsinato è stato usato nella tripanosomiasi: malgrado il suo nome, può determinare accidenti gravi, sopratutto l'atrofia del nervo ottico e cecità.

L'arsacetina produce disordini labirintici gravi.

Lo stovarsol o acido acetilaminoossifenilarsenico è stato adoperato in alcune parassitosi, ma può provocare eritrodermie precoci o tardive simili a quelle prodotte dagli arsenobenzoli.

3) L'arsenico trivalente è stato introdotto in terapia da Ehrlich sotto forma di arsenobenzolo o 606, e poi di novarsenobenzolo o 914, molto meno tossico.

La tossicità di questi corpi è sconcertante in quanto è dovuta a prodotti di decomposizione che sono variabili. Si devono perciò conservare nel vuoto o a contatto dell'azoto.

L'azione terapeutica è complessa. Levaditi ha dimostrato che il prodotto per sè non è spirillicida, mentre a contatto delle cellule organiche, di quelle epatiche sopratutto, si produce un altro corpo che distrugge gli spirilli.

Gli accidenti tossici sono caratteristici per la loro irregolarità.

A seconda dell'epoca di comparsa si possono distinguere in 4 gruppi: 1) *accidenti immediati*, sopravvenienti dopo qualche minuto; 2) *accidenti precoci*, sopravvenienti dopo qualche ora; 3) *accidenti ritardati*, che si verificano dal terzo al quinto giorno; 4) *accidenti tardivi* che si hanno dopo parecchie settimane o mesi dall'iniezione.

1) Gli *accidenti immediati* sopravvengono dopo qualche minuto o anche nel corso stesso dell'iniezione, durante la quale si possono avere piccoli segni di avviso: gusto d'etere, gusto d'aglio, lagrimazione, goccia al naso, scialorrea, congestione della faccia.

Nelle forme più marcate si hanno nausee, vomiti, congestioni della faccia, aritmia leggera con angoscia precordiale, poi pallore del viso, che si dissipa spontaneamente o dopo iniezione di adrenalina.

Gli accidenti immediati gravi sono chiamati *crisi nitroidi*, perchè simili ai disturbi vasomotori prodotti dal nitrito d'amile. Si hanno dapprima vampate congestive della faccia con senso di pienezza cerebrale; gli occhi sono rossi, iniettati, le palpebre edematose, le labbra e talvolta anche la lingua tumefatte e violacee. Talvolta sul torace si ha un arrossamento intenso insieme ad uno stato d'angoscia; la cefalea intensa; senso di pesantezza ai lombi, talvolta crisi diarroiche profuse.

Tutti questi fenomeni sono attenuati da una iniezione sottocutanea di adrenalina.

A questa prima fase rossa, congestiva succede ben presto la fase bianca, sincopale. Il paziente pallidissimo ha una penosissima sensazione di morte imminente. Talvolta si hanno crisi epilettiformi che possono ripetersi fino alla morte.

2) *Accidenti precoci.* Talvolta le crisi nitroidi sono meno immediate. Sopravvengono dopo una mezz'ora dall'iniezione pur conservando i medesimi caratteri. Sono annunziate da un brivido intenso, da tremori, gran malessere, nausee e diarrea. Talvolta si ha orticaria o eritema, che quando è precoce è fugace.

3) Gli *accidenti ritardati* si verificano dal terzo al nono giorno, e costituiscono la così detta apoplessia sierosa o encefalopatia arsenobenzolica. Sono provocati sopratutto dal 606. La crisi è caratterizzata da cefalea atroce con febbre, vomiti seguìti subito da attacchi epilettiformi o coma. La morte sopravviene in uno o due giorni quando l'adrenalina non riesce ad attenuare la crisi.

Dal lato della cute si hanno eritemi e sopratutto gli eritemi del nono giorno. Si ha un periodo di latenza curiosa che non si spiega con la sola tossicità del prodotto.

Verso il nono giorno, prima dell'eruzione, si ha cefalea, nausee, vomiti, diarrea, insonnia, agitazione con delirio. Poi la febbre sale a 39°-40°, la pressione si abbassa, compaiono esantemi (angina, congiuntivite, ecc.), ma sopratutto esantemi a tipo maculoso, scarlattinoso, morbilliforme o roseoliforme. Si tratta di macchie rosso-chiaro localizzate alla nuca, alle mani, alla piega del gomito, mentre tutte le altre pieghe articolari, il tronco, la faccia prendono una colorazione rosso vivo. Questa eruzione dura 2-6 giorni e nelle forme gravi anche più.

4) Gli *accidenti tardivi* sopravvengono dopo parecchie settimane e sono sopratutto a carico del fegato e della pelle.

Gli accidenti tardivi epato-biliari possono comparire fino a dodici mesi dopo l'iniezione, quando cioè l'arsenico non si trova più nell'organismo o solo in tracce.

Alcuni ritengono che non si tratta di un ittero tossico, ma infettivo, una reazione di Herxheimer, ossia d'un ittero sifilitico. Ciò sarebbe confermato dal fatto che l'ulteriore cura arsenobenzolica non aggrava, ma attenua l'ittero.

Altri ammettono che l'intossicazione favorisce lo sviluppo dei microrganismi e che quindi si tratterebbe di un ittero catarrale.

Le eritrodermie arsenicali tardive, o come le chiamano i tedeschi arsenobenzolidi, si osservano anche dopo iniezioni di 914, stovarsol, treparsol e anche dopo cure di bismuto e di mercurio.

Le eritrodermie si verificano in tutti i periodi della cura, per lo più dopo la nona o decima iniezione, ossia tre o sei settimane dopo l'inizio della cura, ma talvolta molto più tardi.

Il primo segno ed il più importante è il prurito, dapprima localizzato alla faccia, alle palpebre, ai piedi e poi generale. Segue l'eruzione con rossore localizzato all'avambraccio nel punto dell'iniezione, poi al collo, alla nuca, agli arti inferiori, rispettando talvolta le regioni occupate precedentemente dal sifiloderma.

Il rossore varia dal pallido al vivo, per cui gli è stato dato il nome di astacoide: scompare con la pressione.

L'edema colpisce le palpebre, le mani, talvolta è diffuso come un anasarca. Si ha aumento del peso del corpo e oliguria (ritenzione d'acqua).

Dopo 8-15 giorni si ha la desquamazione furfuracea o foliacea a grossi lembi.

Talvolta si ha formazione di vescicole alle estremità, alle orecchie, alle pieghe di flessione articolare, ai genitali, e più tardi si può avere un eczema secondario e persistente.

Contemporaneamente si ha stomatite, angina, arrossamento e desquamazione della lingua, catarro laringo-bronchiale, congiuntivite, nonchè dispnea e febbre.

Questi fatti nei casi favorevoli durano 8-12 giorni, ma più spesso durano parecchie settimane e recidivano per mesi e mesi.

Nella proporzione di un caso su sei si può avere la morte con complicazioni bronco-polmonari o epato-renali.

Come postumi permanenti si può avere cheratodermia arsenicale e melanodermia localizzata o generalizzata.

Queste eritrodermie possono avere un'influenza sul decorso della sifilide, ma secondo qualche autore il miglioramento è eccezionale o fugace.

L'adrenalina, mentre è un ottimo medicamento d'urgenza contro le crisi iniziali o contro gli accidenti iniziali, è assolutamente inefficace contro i fatti tardivi, nervosi o epatici, e contro l'eritrodermia arsenicale.

In rapporto alla complessità degli accidenti tardivi, siano essi dovuti all'azione del veleno stesso, all'eliminazione di infezioni specifiche o non, o a profonde lesioni cellulari, la terapia deve essere indirizzata all'eliminazione del tossico.

Localmente si applicheranno linimenti oleocalcarei come nella cura delle scottature diffuse.

DR.

GINECOLOGIA.

Osservazioni sulle sindromi acute del basso addome nella donna.

(W. W. CHIPMAN. *The British Medical Journ.*, sett. 1928).

Le sindromi acute del basso ventre nella donna possono essere raggruppate come segue:

1) emorragia interna;

2) infezioni acute (utero, trombe, appendice);

3) perforazione o rottura dell'intestino o di altro viscere cavo;

4) occlusione intestinale;

5) strozzamento di qualche organo o neoplasma;

6) passaggio di un calcolo nell'uretere;

7) aborto uterino, dismenorrea spasmodica, ritenzione vescicale.

Per un ginecologo le più comuni tra queste sono la rottura di una gravidanza ectopica, una appendicite o una salpingite acuta, una infezione dell'utero, lo strozzamento, la trombosi di una cisti ovarica o di un fibroma dell'utero con peduncolo tortò.

Guardando in generale tutte queste « condizioni acute » se ne trovano alcune riconoscibili di colpo, altre invece richiedono una più laboriosa differenziazione.

Per ben giungere alla diagnosi l'A. raccomanda anzitutto di raccogliere esattamente la anamnesi e di esaminare le orine raccolte col catetere.

Passa poi in rassegna i sintomi vari di queste sindromi acute.

Il dolore può essere definito la risposta della natura ad una ingiuria: grande è la sua importanza e solo assai di rado è sintoma menzognero. Il segno più importante è forse la facies, ansiosa nella peritonite, pallida, spesso cerea nella emorragia. La faccia è cinerea nello shoc, congesta o cianotica nella tossiemia grave. Si terrà conto della attitudine della p., del suo decubito, della sua mobilità; si osserveranno la temperatura e il polso.

L'A. passa quindi ad esaminare più da vicino le più comuni sindromi acute.

Emorragia. Deriva in genere dalla rottura di una gravidanza tubarica; altre cause ne sono: la rottura di un follicolo di Graaf, la rottura dell'utero in parto o perforato da una sonda o curetta.

La rottura di una gravidanza ectopica avviene in genere tra la settima e la dodicesima settimana e può essere grande o piccola. Nel primo caso vi è il dolore a colpo di pugnale con immediato svenimento o collasso; a causa della grande quantità di sangue versato nel peritoneo si ha pallore, ipotermia, polso filiforme, fame d'aria ecc.; l'addome è tumido e timpanico. Contemporaneamente si osserva piccola perdita di sangue dall'utero, tenesmo rettale e stranguria vescicale.

In questi casi gravi, nei quali la diagnosi è facile, l'addome deve essere aperto subito e deve essere fatta una trasfusione di sangue o una fleboclisi di soluzione fisiologica glucosata.

Nei così detti casi cronici, mentre la diagnosi è meno urgente, essa è anche più difficile a farsi. C'è la storia di ripetuti attacchi dolorosi al basso ventre, lieve emorragia dall'utero, la presenza di una bozza lateralmente all'utero, che aumenta rapidamente di volume; l'anemia, spesso una marcata leucocitosi.

Nei casi dubbi è indicata una colpotomia esplorativa: se si troverà sangue si aprirà l'addome e si procederà alla rimozione della sacca tubarica.

Infezione acuta dell'appendice o della tromba di Falloppio. La distinzione tra queste due affezioni che è di grande importanza, pone spesso a dura prova l'acume clinico del chirurgo. Ed è necessario fare la diagnosi perchè differente è il trattamento delle due affezioni: una appendice infiammata deve essere subito rimossa, mentre aprire l'addome per una salpingite acuta può essere causa di un disastro.

Parleranno a favore di una salpingite un precedente puerperio complicato, la sterilità della donna dopo una unica gravidanza, i segni di pregressa in atto infezione gonococcica. La temperatura è elevata, forse più che nell'appendicite, ma il polso non è corrispondentemente alterato. La funzione dell'intestino non è notevolmente disturbata, il vomito non è caratteristico, la difesa dell'addome è piuttosto diffusa.

Nell'appendicite, il dolore è localizzato nel quadrante superiore destro, c'è anoressia, nausea e vomito; dolente è il punto di Mc. Burney; esiste spasmo muscolare del retto e degli obliqui di destra, vi è febbre con accelerazione del polso.

In caso di dubbio tra le due affezioni, l'A. raccomanda assidua, vigile sorveglianza « ora per ora ».

Trombosi, gangrena di organi o neoplasmi. Il dolore è forte ed a tipo di colica, di breve durata; la difesa è da prima localizzata alla superfice del tumore. Esiste lieve alterazione della temperatura e del polso.

Un accurato esame conduce alla esatta diagnosi. Se la trombosi è estesa o lo strozzamento grave e la p. è vista in ritardo, ci saranno tutti i segni di una sopraggiunta peritonite.

Vicentini.

Il reumatismo della menopausa.

(Pierre-Weill. *Bruxelles Médical,* 14 ottobre 1928).

Le manifestazioni dolorose articolari o parарticolari sono tutt'altro che rare nel corso della menopausa.

È noto come in seguito alla soppressione chirurgica o radioterapica delle ovaie si possono avere manifestazioni reumatiche. Leriche rilevò che un certo numero di donne castrate soffrono, durante il mese che segue all'operazione, dolori agli arti, al torace, al bacino. Questi dolori sordi, vaganti sono sentiti nei muscoli, nelle ossa, sono esagerati dalla pressione e rassomigliano a quelli che seguono agli esercizi violenti. Dalsace notò nelle donne castrate dolori ossei a tipo speciale, differenti dal reumatismo cronico deformante, più o meno violenti, con sedi varie, alle spalle, alle mani, ai gomiti, ai ginocchi, al bacino, i quali, accompagnandosi a dolori muscolari, rendono difficile il cammino.

Weill nelle donne castrate trovò manifestazioni di vario tipo: 1) algia strettamente localizzata ad una regione articolare definita (ginocchia, spalle, dita, polso, nuca, lombi); 2) algie diffuse a varie articolazioni con compartecipazione dei muscoli, delle aponeurosi, dei nervi, del tessuto connettivo; 3) algie accompagnate da tumefazioni ossee, da infiltrazione delle parti molli, da ipertermia locale, da rigidità e scricchiolìo, insomma da tutti i segni d'un processo articolare; 4) forme idartrodiali con sede più frequente alle dita; 5) vere forme di reumatismo articolare cronico che può assumere anche il tipo deformante.

Le manifestazioni reumatiche della menopausa compaiono in genere con la cessazione delle mestruazioni, ma possono presentarsi qualche tempo prima o dopo della scomparsa delle regole.

Clinicamente possono assumere forme varie: algie, artriti subacute, idrartrosi, artrite deformante, reumatismo vertebrale, artrite metatarso-falangea.

Nelle forme algiche il dolore è il sintoma essenziale, mentre non esiste alcun segno infiammatorio locale. L'articolazione appare indenne, ma la donna accusa un dolore spontaneo, accentuato dai movimenti, risvegliato dalla pressione o dalla mobilizzazione della giuntura. Il dolore, che può essere continuo o parossistico, è per lo più localizzato alla nuca, alla regione dorso-lombare, alle scapole, ai lombi, alle anche, alle articolazioni sacro-iliache. Qualche volta colpisce parecchie articolazioni spesso simmetricamente ed in modo vagante. Quando le regole non sono definitivamente cessate i dolori subiscono remissioni e recrudescenze in relazione alla ripresa ed all'arresto delle mestruazioni. Per lo più le artralgie della menopausa sono esacerbate dai movimenti e dalla stanchezza.

Nelle forme d'artrite subacuta si ha tumefazione e rossore delle articolazioni colpite, con elevazione della temperatura locale. L'inizio è lento, il decorso progressivo interrotto da fasi acute. Possono essere colpite le grandi articolazioni, ma la sede più frequente di questo reumatismo è data dalle piccole articolazioni della mano. Il pollice rimane per lo più indenne, più frequentemente e più gravemente colpiti sono l'indice ed il medio. Il processo è diffuso per lo più a parecchie dita e a tutte le loro articolazioni, ma le più interessate sono quelle falango-falanginee. Di solito sono prese ambo le mani quantunque la simmetria non sia assoluta. Coesiste una notevole amiotrofia dei piccoli muscoli della mano, in conseguenza di che si ha una deviazione laterale delle dita verso il margine cubitale.

Le forme idrartroviali si verificano prevalentemente alle ginocchia ed alle dita. L'idrartrosi del ginocchio può essere unilaterale, ma coesiste sempre un certo grado d'artrite anche all'altro ginocchio. Le forme localizzate alle dita sono le più frequenti. Si tratta di una forma lenta e progressiva con fasi subacute, localizzate sopratutto alle articolazioni interfalangee delle ultime quattro dita ed in ispecie a quelle falango-falanginee. È bilaterale, più o meno grossolanamente simmetrica, accompagnata da ipertermia locale, amiotrofia rapida con deviazione delle dita e flessione delle falangi. La tumefazione e la fluttuazione sono nettissime.

Il reumatismo cronico deformante della menopausa è costituito dalla comparsa di nodosità d'Héberden. Possono essere colpite le dita dei piedi, le quali si flettono a martello, diventano rigide e dolenti. Ma la lesione, per lo più simmetrica, ha il suo massimo di frequenza e di intensità agli alluci, che all'esame radiologico appaiono sublussati in fuori. Spesso la lesione è ritenuta erroneamente gottosa. Qualche volta si può verificare il grande reumatismo progressivo deformante.

Nel reumatismo vertebrale della menopausa l'intensità e la fissità del dolore può esser tale da far pensare al male di Pott.

Nella forma metatarso-falangea dell'alluce l'analogia con la gotta è ancora più evidente. La diagnosi differenziale può essere stabilita solo con l'accertamento dell'assenza di iperuricemia e di disturbi della permeabilità renale.

I fenomeni che accompagnano ordinariamente queste forme articolari sono: disturbi vasomotori, ipertensione arteriosa, vampate di calore, crisi di traspirazione, improvvise sensazioni di freddo, instabilità termica, tendenza alle suffusioni sanguigne sottocutanee ed alle crisi varicose, prurito; modificazioni del carattere, disordini del sonno; disturbi del trofismo; strie e fragilità delle unghie, secchezza della pelle, adiposità, melanodermia.

Il processo articolare è essenzialmente capsulare e pericapsulare, il tessuto osseo non presenta alterazioni di sorta. L'infiammazione periarticolare e l'amiotrofia consecutiva provocano lentamente lo sviluppo di un processo secondario che alle dita raggiunge il massimo d'intensità: si ha lo spostamento dei segmenti ossei. A poco a poco questi si spostano lateralmente e si hanno fenomeni di sublussazione indipendenti da ogni alterazione del contorno dell'osso, da ogni apparente modificazione della cartilagine. Solo tardivamente si ha l'usura cartilaginea.

Il metabolismo basale è alterato nel 75 % dei casi. La riserva alcalina è diminuita nell'80 % dei casi, si ha ipocalcemia nel 25 % e ipofosfatemia nel 28.6 % dei casi.

La deficienza ovarica ha ripercussioni generali profonde, mettendo in evidenza tutta una serie di carenze.

Il trattamento del reumatismo della menopausa deve essere indirizzato a riparare la deficienza glandulare che l'ha provocato. L'opoterapia ovarica si può praticare per via boccale

e sottocutanea adoperando i prodotti più ricchi in ormoni follicolari. Sopratutto nei casi nei quali il metabolismo basale è abbassato bisogna aggiungere l'opoterapia tiroidea.

L'iodio in soluzione acquosa per via sottocutanea è molto raccomandabile.

La cura infine sarà integrata con la somministrazione di prodotti a base di fosforo e di zolfo e con le applicazioni locali di raggi ultravioletti.

I fenomeni dolorosi si combatteranno con gli ordinari analgesici e con il luminal, il quale ha anche azione sullo stato neuropsichico.

DR.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sugli accidenti della colecistectomia: nuova tecnica per evitarli.

(A. SCHWARTZ e S. HUARD. *Journ. d. Chir.*, t. 32, n. 5, 1928).

Cause frequenti di mortalità per colecistectomia sono alcuni errori di tecnica quali le ferite della via biliare principale e la lesione o legatura del peduncolo vascolare. Le ferite delle grosse vie biliari non sempre sono riconosciute durante l'intervento e possono manifestarsi solo tardivamente sotto forma d'ittero o di una fistola biliare.

Sono descritti casi di legatura accidentale dell'arteria epatica o delle sue branche con tutte le sue conseguenze gravi, spesso mortali.

Questi accidenti sono dovuti agli stretti rapporti esistenti tra il collo della vescicola biliare e la branca destra dell'arteria epatica e alle aderenze e ispessimenti infiammatori che rendono difficile il riconoscimento e la separazione dei singoli elementi. A ciò si aggiungono la variabilità dei rapporti e la frequenza di anomalie.

Gli accidenti suddetti si verificano tanto con la tecnica per via diretta che con quella per via retrograda. Le trazioni sul collo della vescicola, per mettere in evidenza il cistico e l'arteria cistica possono determinare stiramenti e angolature dell'epatico e della branca destra dell'arteria epatica facendo cadere su questi la legatura e la sezione. Una volta legato il cistico e la cistica, con ambedue le tecniche, il resto del meso viene sezionato senza alcuna legatura, il che può portare alla sezione di piccoli canali biliari anomali che si aprono nella cistifellea o di piccole vene porte accessorie.

In vista della variabilità di disposizione dei diversi elementi di questa regione, S. e H. hanno cercato un mezzo per girare tale difficoltà ed evitare gli accidenti suddetti. Nella tecnica da loro proposta viene soppresso l'uso delle pinze e lo scoprimento ed isolamento dei diversi elementi del peduncolo. S. e H. legano il meso della cistifellea e del cistico in tutta la sua lunghezza senza alcuna dissezione di modo che tutto ciò che sbocca nella vescichetta viene certamente legato.

Per far ciò si riportano all'1/3 medio del letto cistico là dove la cistifellea comincia ad allontanarsi dal fegato e dove quindi il peritoneo può essere facilmente inciso sui due lati della vescichetta la quale viene successivamente scollata verso l'alto per via retrograda. Resta allora visibile l'attacco che lega la cistifellea e il cistico al peduncolo epatico, vero meso della via biliare accessoria che bisogna incidere. S'incide prima il peritoneo che ne ricopre la faccia anteriore e posteriore avendo cura di scollare per via ottusa e respingere all'interno il labbro interno della sierosa.

Quindi si lega e si seziona il meso dividendolo in 3 porzioni, di cui la parte media contiene quasi sempre l'arteria cistica e l'inferiore il cistico. La legatura del meso va fatta in catgut col Deschamp in tutta vicinanza della cistifellea, passando prima una sonda scanalata che con adatti movimenti allarga il foro e respinge indietro l'arteria epatica. Gli AA. hanno adoperato tale tecnica in 6 casi e se ne dicono molto sodisfatti. L'esposizione è corredata da buone figure esplicative.

G. PACETTO.

Contributo allo studio della tubercolosi della cistifellea.

(L. AIELLO. *Pathologica*, n. 446, dic. 1928).

La tubercolosi della cistifellea è un'affezione rara; come la tbc. delle vie biliari, essa è sempre secondaria. Secondo Simmonds si possono distinguere due forme della tbc. della cistifellea:

1) forma cronica di colecistite e pericolecistite tbc. ulcero-caseosa, la quale presenta i seguenti caratteri: ispessimento delle pareti cistiche, con estese ulcerazioni rotonde stellate o poligonali, in corrispondenza della mucosa, con infiltrazione tbc. dei vari strati della parete, talora con contenuto caseoso nell'interno della vescichetta. In questa forma è frequente trovare una colelitiasi, a cui la tbc. della cistifellea è secondaria. Si può avere anche perforazione della cistifellea;

2) forma acuta: è molto rara, e sono riferiti in letteratura i tre casi osservati da Simmonds, i quali presentavano una tbc. miliarica diffusa a tutti gli organi, al fegato, alle vie biliari; a carico della cistifellea si notava la mucosa invasa da superficiali necrosi tbc. imbevuti di bile. Questi focolai furono interpretati come stadi preparatori di future ulceri tbc.; nei focolai furono trovati numerosi bacilli di Kock, ma non tubercoli veri e propri nelle pareti.

L'A. riporta l'autopsia d'una bambina di 2 mesi, la quale presentava una tbc. del polmone D. e tbc. miliarica di quello S.; inoltre

diffusione tubercolare alle ghiandole ilari, cervicali, mediastiniche e mesenteriche; tbc. dell'intestino, della milza, del fegato ed ulcera tubercolare della cistifellea.

L'esame macroscopico del fegato mostrava una disseminazione di noduletti bianco-giallastri sulla superficie interna del fegato, ed una ulcerazione della grandezza d'un centesimo, vecchio conio, a forma lenticolare, a margini sottoscavati, con noduli miliarici o submiliarici sui margini dell'ulcerazione, a carico della cistifellea. L'esame istologico mise in evidenza nel fegato numerosi focolai tubercolari caseificati peribiliari, con caseificazione della parete dei dotti biliari, e versamento del contenuto nel loro lume.

Nella cistifellea invece si notava un processo tbc. che occupava i 2/3 interni e 1/3 esterno della parete cistica; la parte interna si presentava allo stadio di caseificazione ed ulcerazione, quello esterno, meno evoluto, era rappresentato da piccoli e tipici tubercoli miliarici.

Presenza di bacilli di Kock nella bile; non calcoli.

Di fronte a questo caso, qual'è stata la via di diffusione del processo tbc. alla cistifellea? Scartando l'infezione per continuità e contiguità, l'infezione ha potuto seguire tre vie: la via sanguigna (arteriosa e venosa), la via linfatica, la via biliare.

Con sottili dettagli l'A. ricorda l'intima connessione che esiste tra le due circolazioni sanguigna e linfatica del fegato e della cistifellea; ricorda inoltre che l'infezione attraverso le vie biliari può avvenire per via discendente e per via ascendente retrograda dal duodeno, e dopo una critica delle diverse condizioni della lesione istologica della cistifellea, l'A. ritiene che il focolaio tubercolare si sia diffuso in basso dai dotti biliari, ed abbia leso la cistifellea in modo acuto.

Perchè i casi di tbc. della cistifellea sono così rari in confronto della lesione tubercolare tanto frequente nel fegato?

I quattro casi riferiti di tbc. acuta della cistifellea sono insufficienti per poter emettere un giudizio etiologico, se in tali casi vi sia un fattore meccanico, o se vi sia una immunità istogena od umorale che impedisce l'insorgenza di tale infezione.

CARUSI.

L'" indice ittero „ nel siero di sangue.

(G. W. MILROY. *The Lancet*, 8 giugno 1929).

Questo *indice* fu costruito da Bernheim e rappresenta non un dosaggio quantitativo della bilirubina, bensì una stima fondata sul paragone tra il colore del siero e una determinata soluzione cromatica.

L'A. si propone di riprendere gli studi di Bernheim praticando la ricerca dell'indice su una serie di malati molti differenti.

Dopo un breve cenno di tecnica, pertanto abbastanza semplice, egli passa subito all'esposizione dei casi. L'esame del siero praticato su 55 persone normali diede risultati oscillanti tra 3 e 6: questi numeri costituiscono il rapporto tra il numero letto sulla soluzione standard al colorimetro Dubosc e quello letto sul siero in esame.

Sedici casi di malattie della cistifellea, tra cui cinque mostravano clinicamente ittero, presentarono risultati tra dieci e cinquanta e in ogni caso l'indice ritornò al normale dopo l'intervento.

Quattro casi, però, i quali presentavano una colelitiasi non dolorosa ebbero anche indici normali. Le malattie dei reni non alzano l'indice; l'appendicite e l'ulcera duodenale possono, secondo l'A., alzare l'indice, però mai questo raggiungerebbe *10*, che si vuol considerare come limite minimo per una disfunzione della cistifellea. Inoltre la semplicità del metodo, in quanto permette di poter frequentemente praticare la ricerca dell'indice, permette anche di fare la diagnosi differenziale tra l'ittero continuo da occlusione neoplastica, e l'ittero della calcolosi. L'A. esaminò anche casi d'iperemesi, anemia perniciosa (indice alto) e anemie secondarie (indice basso); lo scompenso cardiaco dette un indice-ittero piuttosto elevato, come pure i casi di intossicazione arsenicale. Nella polmonite, infine, l'A. pensa che un elevato indice-ittero si accompagni a una prognosi meno favorevole.

FERRO-LUZZI.

MEDICINA SOCIALE

Visite mediche periodiche, parte integrante del curriculum dello studente americano.

Reginald Fitz, direttore della Facoltà Medica dell'Università di Boston, descrive (*The Journ. of the Amer. Medic. Associat.* n. 20, 1929) il metodo di reciproco esame degli studenti che è laggiù in voga.

Gli studenti sono divisi in quattro corsi: quelli dei 2 primi non hanno alcun'esperienza di semeiotica, quelli del III corso ne hanno abbastanza, e quelli del IV prestano già servizio negli ospedali.

Quelli del III e del IV corso si visitano dunque gli uni con gli altri, e tutti insieme visitano i colleghi del I e del II anno: tali esami sono diretti dal direttore, e ogni studente che lo desideri può farsi visitare personalmente da lui.

Ogni studente che entra all'Università, consegna al direttore la sua anamnesi a cui si vanno aggiungendo, durante i quattro anni, le note che lo riguardano.

Gli esami si compiono nel modo seguente: tre volte alla settimana, dalle 7 alle 10 di sera, un gruppo di studenti (30 per volta) è riunito

in uno speciale reparto. Ogni studente è fornito d'apposito modulo; 15 studenti si spogliano e sono esaminati dagli altri 15. L'esame procede in modo uniforme: si misura l'altezza, il peso, si studia l'atteggiamento del corpo, si esamina la cicatrice della vaccinazione (obbligatoria all'ingresso dell'Università), si studia la pelle, si va in cerca di lesioni delle tonsille, di ernie, di emorroidi e di varici. Il cuore e i polmoni, i vasi periferici, la pressione arteriosa e il polso sono accuratamente esaminati: finito l'esame è chiamato un assistente che controlla i risultati e li discute collo studente-esaminatore; infine si scrive tutto sul modulo. Allora l'esaminato si riveste, e l'esaminatore si spoglia a suo turno. Di ogni studente si esaminano le urine: la R. W. può essere richiesta e così ogni ricerca di laboratorio (esami del sangue, ecc.) che sembra necessaria. Esiste poi tutto un completo servizio di specialisti (gola, denti, ecc.), tutti volontari, e a disposizione del direttore che invia loro i singoli studenti, dopo averli personalmente esaminati.

Se una cura è prescritta, essa è applicata sotto la guida del direttore.

Il Fitz si ripromette molto da questo originale metodo d'insegnamento che, sebbene possibile solo là dove le Università sono dei grandi collegi, pure ha un grande interesse.

V. SERRA.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

NELSON. *Per la professione. Pagine sciolte di Chirurgia viva.* Th. Nelson e Sons. New York, Edinburgh, London, Paris, Toronto.

Cento e venti anni or sono, in Edinburgo (Scozia) Tommaso Nelson fondava la Casa Editrice, che oggi, dopo tre generazioni, è divenuta la più importante nel mondo di lingua inglese, con edizioni di volumi d'ogni genere, diffusi a milioni pel mondo intero. Nel 1854 la Ditta fondò una filiale in America, che oggi è assurta ad una grandezza tale, da rendere possibili i progetti più audaci.

Infatti nel 1907 Th. Nelson e Sons ebbe l'idea geniale di pubblicare le *Pagine sciolte di Enciclopedia perpetua*, istituendo un Ufficio di ricerche per speciali informazioni (Research Service Bureau for Special Information). Il successo fu così grande che l'editore cedette ben volentieri all'invito di pubblicare le *Pagine sciolte di Medicina*, che videro la luce nel 1920, raccogliendo non solo i rappresentanti delle principali scuole mediche d'America, ma anche quelli d'Inghilterra e di Francia. Fu questo un successo ancor più grande del primo e come conseguenza, nel 1925 fu deciso d'intraprendere, con lo stesso sistema, la pubblicazione delle *Pagine sciolte di Chirurgia* oggi in pieno sviluppo.

Questa pubblicazione è fiancheggiata e integrata da una istituzione meravigliosa per la sua organizzazione e cioè il « Research Service and consulting Bureau for information in Surgery». È il sistema della divisione del lavoro e della cooperazione, grazie al quale il chirurgo moderno può conservare il suo potere mentale e la sua forza fisica a beneficio di coloro che si affidano alle sue cure.

Qualunque sottoscrittore alla « Nelson Loose-Leaf Surgery » in qualsiasi parte del mondo egli viva, acquista i vantaggi dei quali godono i chirurgi, che dimorano nei grandi centri, vicini alle accademie mediche, alle scuole universitarie, alle biblioteche e cioè:

1) una pratica completa di Chirurgia dettata dalle maggiori autorità chirurgiche di tutto il mondo;

2) un sistema pratico di tecnica chirurgica per specialisti, aggiornato da una revisione continua;

3) indicazioni della letteratura corrente, basate su i principali giornali, pubblicati in tutte le lingue, redatti da specialisti;

4) servizio gratuito del « Nelson's Research Service Bureau » che fornisce informazioni su qualunque argomento di chirurgia.

L'opera è sempre in accrescimento, viva, vitale; non invecchia ed aumenta sempre di valore. Le *Pagine sciolte* sono veramente *sciolte;* esse sono bucate da un lato e tenute insieme come quelle dei grandi registratori commerciali: come quelle pertanto possono essere facilmente sostituite, raddoppiate o soppresse. Ogni progresso viene incorporato in queste pagine, ogni mutamento radicale di princìpi e di metodi, presentato con una trattazione dell'argomento nuova di pianta, da sostituire alla vecchia.

Numerose ed eccellenti illustrazioni, scelte con la maggior cura, chiariscono il testo. Oltre a centinaia di disegni e di fotografie, vi è un numero cospicuo di tavole litografiche a colori, le sole che possano riprodurre le più fine sfumature e perfezione di dettagli.

L'opera è divisa in otto volumi, compreso l'indice.

Vol. I. — *Storia della chirurgia - La Fisiologia nella chirurgia - Aspetti batteriologici ed immunologici - Patologia chirurgica - Diagnosi chirurgica - Ferite ed infezioni - Tumori.*

Vol. II. — *Tecnica operatoria - Trattamento pre- e post-operativo - Anestesia - Complicazioni post-operative - Chirurgia in speciali condizioni - Chirurgia d'urgenza - Chirurgia nelle forme maligne.*

Vol. III. — *Chirurgia del sistema nervoso - Chirurgia plastica - Bocca - Mascelle - Collo - Tiroidi e paratiroidi.*

Vol. IV. — *Fratture - Lussazioni - Chirurgia ortopedica - Chirurgia della mano - Le estremità - Amputazioni - Sistema linfatico - Vasi sanguigni.*

Vol. V. — *Chirurgia del torace - Cuore e pericardio - Mammelle - Diaframma - Ernia - Retto - Ano.*

Vol. VI. — *Chirurgia addominale.*

Vol. VII. — *Rene - Uretere - Vescica - Organi genitali maschili - Organi genitali femminili - Chirurgia ostetrica.*

Vol. VIII. — *Indice.*

Fra i collaboratori di quest'opera grandiosa figurano i nomi più brillanti della chirurgia mondiale; basti ricordare: Whipple, Ashhurst, Beck, Buerger, Brown, Clarke, Crile, Cutter, Hinton, Martin, Pfeiffer, Torek, Watson, Wood, Rovsing, Joung, ecc. ecc.

E' per noi argomento di speciale soddisfazione il notare che il Belgio è rappresentato da un solo nome: il Van de Velde, che tratta delle ferite, la Francia dal solo Leriche che si occupa della *simpatectomia periarteriale e della sezione dei rami comunicanti;* l'Italia da due valorosi clinici: dal Putti, che svolge la chirurgia ortopedica e dall'Alessandri che tratta la chirurgia del fegato.

Abbiamo qui, sul tavolo, la bellissima monografia dell'Alessandri, che costituisce il X capitolo del VI volume e vorremmo riassumerla largamente se l'angustia dello spazio, del quale abbiamo troppo abusato, non ce lo vietasse. Tuttavia ne diamo qui appresso lo schema, soltanto per farne rilevare l'importanza e per invogliare il lettore a procurarsi l'originale. Dopo aver accennato alle malformazioni del fegato, l'A. si occupa delle ptosi, delle lesioni traumatiche, che divide in due grandi gruppi: non comunicanti con l'esterno e ferite del fegato. Passa poscia alle lesioni infiammatorie acute (ascessi), alle croniche (cirrosi) e indi a quelle specifiche (tubercolosi, actinomicosi, sifilide, cisti da echinococco, cisti non parassitarie). I tumori del fegato ed una minuziosa bibliografia completano la dotta esposizione.

Siamo dolenti di non poter riferire sul lavoro del Putti, che non ci è ancora pervenuto.

T. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. FERRANNINI. *Medicina del lavoro.* Un vol. in-8° di 822 pag., con 159 fig. F. Vallardi ed., Milano, 1928. Prezzo L. 95.

Il volume del prof. Ferrannini viene in buon punto. Rifiorisce oggi questa branca della medicina per cui pochi pionieri in Italia hanno combattuto aspre battaglie, cercando di instillare nei medici la passione per queste interessanti ricerche, che hanno avuto anche un importante riflesso sociale.

L'A., che ha tenuto per 20 anni l'insegnamento della medicina del lavoro all'Università di Napoli, circoscrive entro giusti limiti il campo della patologia professionale (qualcuno potrebbe anche osservare che ha un po' sconfinato nell'infortunistica, ma si tratta di materie in cui una divisione netta non è possibile) e dà alla trattazione un'impronta essenzialmente clinica, pure occupandosi in equa misura delle condizioni di lavoro, dell'igiene e previdenza.

Nella parte essenzialmente medica, si occupa della patologia da lavoro, delle malattie professionali, da atteggiamento, da ambiente, da materiale e dà poi largo sviluppo all'assistenza sociale, indennizzi, assicurazioni, cure, rieducazione, prevenzione, non trascurando l'organizzazione scientifica e l'orientamento professionale.

È un libro di osservazione serena, molto lontano dall'aria un po' partigiana e demagogica che la medicina del lavoro aveva assunto un tempo; è chiaro, completo ed efficace nell'esposizione e sarà letto e consultato con grande utilità da chiunque si occupi di tali interessanti argomenti. *fil.*

E. STRANSKY. *Sozialhugiene in Säulings- und Klinkindesalter.* Editore Deuticke, Vienna e Lipsia. Prezzo marchi 8.

L'A. studia con metodo statistico le condizioni ambientali e sociali che agiscono sfavorevolmente sull'individuo durante il periodo dell'allattamento e della prima infanzia.

Indica le misure atte a modificare queste condizioni in modo da assicurare l'armonico sviluppo del bambino e da preservarlo da ogni malattia.

DR.

E. LICK. *Les méfaits des assurances sociales.* Payot, editore, Parigi. Prezzo Fr. 18.

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie non ha dato risultati pratici soddisfacenti nei paesi che l'hanno adottata I vantaggi sono scarsi, gli inconvenienti sono molti. Si sapeva che questa forma assicurativa si prestava ad ogni specie di frode e alla dispersione di molte energie. L'A. insiste su questi fatti ed aggiunge che l'assicurazione stessa si è risolta praticamente in un danno nella salute degli operai.

DR.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE R. *Étiologie et prophylaxie de la Grippe.* Paris, Masson et C., 1929. Fr. 32.

È una delle monografie dell'Istituto Pasteur e costituisce un volume di 108 pagine con 6 figure e 15 tavole fuori testo. Un problema che da molto tempo preoccupa numerosi ricercatori è quello della conoscenza della causa della grippe e della esatta natura del virus grippale. L'A. in questa monografia, che si presenta di notevole interesse, ricorda tutte le varie epidemie di grippe che ad intervalli anche lunghi di anni si sono manifestate in Europa provenendo sempre dall'Oriente.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Tratta in modo particolare del problema eziologico della grippe esponendo in un primo capitolo tutte le attuali nostre conoscenze sul bacillo di Pfeiffer sia nei riguardi della bacteriologia che della patologia sperimentale. Passa quindi ad esporre i risultati delle ricerche compiute sul virus filtrante della grippe distinguendo quello che può essere interpretato come un vero e proprio virus filtrante specifico della grippe, da quello che deve essere invece interpretato come una forma filtrante del bacillo di Pfeiffer. Le conoscenze raggiunte a questo riguardo non ci permettono di potere concludere con sufficiente chiarezza sulla importanza di queste forme filtranti nella eziologia della grippe. Da ultimo l'A. tratta diffusamente della profilassi della malattia, profilassi che deve essere attuata con l'applicazione di tutte le norme di difesa individuale e collettiva onde impedire la diffusione di tali epidemie che si presentano talora con mortalità tanto elevata. Tutti gli studiosi accoglieranno con grande interesse questa monografia che ci illumina esattamente sullo stato attuale della questione della grippe. TRENTI.

E. FRIEDBERGER. *Problemi attuali di epidemiologia con speciale considerazione alla febbre tifoide*. Un op. in-8° picc., di p. 42 con 3 grafiche. Roma « Annali d'Igiene », 1929. Prezzo L. 5.

L'interesse destato dai rilievi e dalle concezioni dell'igienista di Berlino, sull'epidemiologia della febbre tifoide, ha consigliato una tiratura speciale della conferenza che egli tenne, su questo tema, in seno alla Società Medico-Chirurgica Pavese e che fu già inserita negli « Annali d'Igiene ».

Il Friedberger, il quale lesse la conferenza in buon italiano, si mostra edotto della letteratura scientifica italiana e, sotto questo riguardo, egli costituisce, tra gli studiosi stranieri, una lodevole eccezione che va segnalata. A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 maggio 1929.

Presiede il prof. ALESSANDRINI G.

La sintesi dell'acido urico nei sauropsidi e l'incapacità dell'organismo degli uccelli a condensare l'urea cogli acidi grassi a tre atomi di carbonio.

Prof. CLEMENTI A. — Attraverso la revisione critica dei lavori di Ioffe e Meyer e di Wiener, l'O. dimostra che i risultati dei lavori di questi ricercatori, date le condizioni sperimentali in cui sono state eseguite le ricerche, non sono convincenti nelle conclusioni. L'O. ha ripreso le esperienze con tecnica e metodo, secondo lui, più rigorosi. Egli ha dosato l'urea, l'acido urico e l'ammoniaca negli escreti degli uccelli (polli-oche), prima e dopo le iniezioni endomuscolari di urea e di carbonato di ammonio, con o senza la contemporanea somministrazione di acidi grassi. È risultato che mentre il carbonato di ammonio provoca un forte aumento nelle quantità di ac. urico escreto; l'urea non provoca variazioni degne di nota nella quantità media giornaliera dell'ac. urico eliminato e lo si ritrova quantitativamente negli escreti. L'acido malinico somministrato per via orale provoca in alcuni casi lieve aumento dell'ac. urico, ma non si condensa con l'urea, che iniettata in forte quantità durante la somministrazione dell'acido malinico o anche di altri acidi grassi, si ritrova tutt'ora negli escreti. L'O. conclude che l'urea non si condensa con gli acidi grassi o con altri corpi per trasformarsi nell'organismo degli uccelli in ac. urico e pone questi risultati in armonia con sue ricerche sulla presenza di arginasi nel fegato dei vertebrati uricotelici, mentre è presente nel fegato degli animali urestelici.

Epilessia da stricnizzazione della sfera corticale visiva e della sfera corticale uditiva nel cane.

CLEMENTI A. — L'O. ha esteso allo studio delle localizzazioni funzionali sensoriali del cervello del cane il metodo della stricnizzazione circoscritta del Baglioni ed ha ricercato se, analogamente a quanto ha dimostrato AMANTEA con la stricnizzazione dei centri della zona sigmoidea, fosse possibile provocare l'epilessia riflessa con la stricnizzazione delle sfere sensoriali visiva ed acustica. Dalle ricerche eseguite su circa 40 cani è risultato che durante la stricnizzazione della corteccia di un lobo occipitale, insorge l'epilessia generale in una piccola percentuale di casi in modo apparentemente spontaneo e nella massima parte dei casi, in seguito all'azione prolungata di stimoli luminosi intensi. Però l'epilessia comincia sempre o quasi sempre con movimenti clonici o clonicotonici dei muscoli oculari. Per stricnizzazione di un lobo temporale l'epilessia generale, nel maggior numero dei casi, insorge in modo apparentemente spontaneo ed in minor numero in seguito all'azione di rumori, molto intensi e prolungati. Questa possibilità di provocare di mediante forti rumori e stimoli luminosi accessi epilettici che cominciano con movimenti clonici delle palpebre e dei padiglioni auricolari, è limitata alla strickniz-

zazione di un'area di circa 3 mmq. nella porzione anteriore del giro ectosilvio medio, il quale, stimolato con la corrente faradica dà luogo a movimenti di chiusura delle palpebre a movimenti del padiglione degli orecchi.

L'O. conclude che si potrebbe formulare una ipotesi di lavoro, cioè che dal punto di vista fisiologico i centri motori sensitivi del giro sigmoideo sono dotati di attività non solo riflessa, ma anche volontaria, i centri delle sfere sensoriali sarebbero invece dotati soltanto di attività extravolontaria o riflessa, nel senso che entrerebbero in attività in stretta dipendenza dalle sensazioni sensoriali specifiche e avrebbero l'effetto di agevolare la recezione degli stimoli specifici da parte dei corrispondenti organi periferici di senso.

Il prof. PONTANO riconosce l'importanza delle ricerche del prof. CLEMENTI che allargano il concetto della epilessia riflessa. Ricorda che, oltre che negli esperimenti di fisiologia, nelle osservazioni cliniche si accerta il fenomeno della epilessia riflessa. In un suo caso un tumore corticale della zona rolandica sinistra aveva provocato nel soggetto lo stesso fenomeno che provoca la stricnizzazione corticale dell'animale: lo stimolo nel braccio d. cioè era sufficiente per l'insorgenza dell'epilessia parziale generalizzata.

Circa la necessità di pensare a due centri motori uno volontario, uno riflesso, l'O. pensa che lo stesso centro possa avere una doppia funzione volontaria e riflessa così nel suo caso per i movimenti del braccio, così nelle esperienze del prof. CLEMENTI per le palpebre e per il padiglione dell'orecchio.

Il prof. AYALA aggiunge che le esperienze del CLEMENTI confermano non solo la teoria corticale della epilessia, ma anche quanto la clinica aveva insegnato, cioè che lesioni della corteccia molto lontane dalle aree motorie possono dar luogo ad epilessie con i caratteri della epilessia criptogenetica. Queste esperienze non parlano certo in favore delle vedute che spiegano le crisi epilettiche come fenomeni di shoc anafilattico o come crisi vagosimpatiche. Circa la duplicità del centro dell'orbiculare delle palpebre è da rilevare che da molto tempo si conosce che il settimo paio di nervi cranici ha duplici centri, uno volontario e uno mimico, che possono essere lesi isolatamente.

CLEMENTI risponde precisando che l'ipotesi formulata circa la esistenza di un'attività riflessa e volontaria nei centri sigmoidei e di un'attività esclusivamente extravolontaria nei centri delle sfere sensoriali, è un'ipotesi di lavoro e quindi suscettibile di essere modificata attraverso l'esperienza.

Contributo allo studio della patoclisi.

ALTSCHUL R. — L'O. dopo aver svolto alcune considerazioni sui concetti ancora dominanti circa l'applicazione dei « metodi d'oro », ricorda le sue esperienze sulle diverse forme di reazione che le sezioni del sistema nervoso tagliate al congelatore, previa fissazione al formolo presentano al trattamento col cloruro d'oro-bromuro mercurico, riferisce gli esperimenti fatti con soluzioni acquose di cloruro d'oro in differenti concentrazioni. Potè constatare che senza l'aiuto di un altro riduttore e con esclusione di azione della luce, la sostanza fissata al formolo contiene in sè abbastanza sostanza per rendere possibile la riduzione. Descrive le differenze esistenti tra il metodo semplice al cloruro d'oro ed il metodo al cloruro d'oro-bromuro-mercurico. A questo scopo riferisce sul comportamento del nucleo dentato e del tessuto circostante e spiega le diversità di colorazione ottenute riconducendole ad una differente aurofilia e ciò, secondo la teoria di EHRLICH e di C. ed O. VOGT, in rapporto con diverse proprietà fisico-chimiche dei sistemi nervosi (patoclisi).

Contributo alla gastrectomia totale.

EGIDI G. — L'O. ritiene che molte resezioni gastriche per cancro debbano a rigore essere considerate operazioni palliative, perchè i limiti della asportazione sono molto più ristretti di quelli che le attuali conoscenze sulla diffusione del cancro dello stomaco esigerebbero. Ritiene che sia indicato asportare tutto lo stomaco non solo quando si tratti di tumori che dalle vicinanze della regione pilorica giungano fino nelle vicinanze del cardias (ciò che non è raro atteso che la distanza tra queste due parti, misurata sulla piccola curvatura, dove frequentemente ha origine il cancro, è non grande); ma anche quando il tumore, pur non avendo invaso tutto lo stomaco, ne abbia invaso le zone di origine dei linfatici e specialmente quando l'infezione di esse sia confermata dall'esistenza di tumori ghiandolari nelle diverse stazioni corrispondenti. Così quando siano invase le ghiandole della piccola curvatura, quelle sottopiloriche, quelle retropiloriche e quelle del gruppo che accompagna i vasi brevi, si deve ammettere che tutto lo stomaco sia infetto e che per conseguenza lasciarne un tratto, anche piccolo, ai fini della cura radicale, secondo i concetti accredidati nella cura dei cancri degli altri organi, rappresenti una operazione incompleta.

Presenta un soggetto che ha subìto tre settimane avanti una gastrectomia totale per cancro della piccola curvatura esteso alla regione del fondo con invasione di tutte le stazioni linfatiche di tutte le zone gastriche.

L'operazione fu eseguita in anestesia locale della parete addominale associata ad infiltrazione novocainica del piccolo omento. Il moncone duodenale fu chiuso e l'esofago fu ricongiunto con la prima ansa del digiuno per via transmesocolica. L'O. sistematicamente preferisce la via transmesocolica alla via antecolica per ragioni fisiologiche e per ragioni di tecnica. Le prime consistono nella opportunità di far giungere il chimo quanto più è possibile vicino al duodeno; le seconde nella possibilità di raggiungere la prima ansa del digiuno senza compiere manovre inutili e dannose quali il sollevamento del colon trasverso e la ricerca del digiuno al di sotto di esso. Infatti quando, nel corso di una resezione o di una ectomia totale dello stomaco, si è aperta la retrocavità degli epiploon, se si va a sinistra della colonna vertebrale ed al margine inferiore del pancreas ed a quel punto si incide il mesocolon, subito si trova l'ansa di Treitz. L'operazione così condotta si svolge tutta nel distretto superiore del ventre: ciò che significa un trauma minore, una minore estensione di eventuali infezioni ed una semplificazione tecnica specialmente apprezzabile in soggetti ope-

rati in anestesia locale, i quali reagiscono con moleste contrazioni delle pareti addominali quando si debbono far manovre complicate come spesso sono quelle necessarie per ricercare il digiuno al di sotto del colon. L'O. presenta lo stomaco estirpato, parecchi radiogrammi ed il soggetto. Nei radiogrammi eseguiti dopo l'operazione appare che il cibo passa direttamente dall'esofago nel digiuno, lasciandone passare una piccola parte nel duodeno. Ciò pare all'O. che sia vantaggioso in quanto che in tal modo non vengono a cessare del tutto gli stimoli ai riflessi duodenali dai quali dipende l'immissione, in tempo opportuno ed in qualità adeguata, del succo pancreatico e della bile.

Il soggetto è in buone condizioni generali, ha appetito, mangia cibi di ogni genere e non si lamenta di alcun disturbo.

Il prof. ALESSANDRI si rallegra col prof. EGIDI per l'esito felice della sua operazione di gastrectomia veramente totale, e gli augura che il risultato si mantenga.

Deve però fare delle riserve sul concetto da lui espresso della necessità di eseguire più spesso delle gastrectomie totali per ottenere migliori risultati; nella cura del cancro dello stomaco egli si fonda sulla regola che seguiamo in altri organi di asportare largamente tutto l'organo affetto, come nella mammella, nel rene, nell'utero, ecc., ma è ben noto come in questi casi mentre è facile asportare tutto l'organo, la importanza maggiore nell'exeresi per il risultato risiede nella possibilità di asportare i gangli linfatici affetti da metastasi.

Lo stesso può dirsi sul cancro dello stomaco: la diffusione nella parete gastrica è assai estesa in alcune forme infiltrate, e specialmente in quelle che diminuiscono il volume dello stomaco e lo trasformano in una specie di sacco indurito (stomaco di cuoio, limite), ma in questi casi l'O. crede poco valga estendere l'operazione ad una gastrectomia anche totale; nella maggior parte dei casi il carcinoma gastrico non si diffonde tanto nella parete quanto invade rapidamente ed estesamente i gangli, e nelle sedi più comuni (antro pilorico, piccola curvatura) sono specie i gangli della piccola curva e da questa quelli lungo l'arteria gastrica che vengono colpiti.

Come il duodeno è assai raramente invaso dal cancro, tanto che l'anatomia patologica e l'esperienza chirurgica concordi affermano che si può limitare la resezione da questo lato, così la grande curvatura e la tuberosità gastrica rimangono in genere immuni, e anche l'ultima porzione cardiale al di sopra del punto in cui giunge alla piccola curvatura e l'arteria gastrica, è raramente infiltrato; quindi, per la generalità dei casi e non di alcuni eccezionali, in cui può essere anche indicata una gastrectomia totale, l'O. ritiene che è in genere sufficiente una larga resezione purchè i gangli linfatici, sottopilorici, retropilorici, e specie quelli della piccola curvatura siano colpiti soltanto nella zona estirpabile.

Per gli altri dati di tecnica (anestesia locale, divisione prima del duodeno, sutura del digiuno al moncone gastrico che resta prima della sezione del tutto da asportare), si dichiara d'accordo coll'EGIDI. Dissente invece sulla preferenza che egli dà all'anastomosi transmecolica; esegue in genere l'unione del digiuno portandolo sopra il colon trasverso e crede sia questo il metodo preferibile concordando in ciò specialmente col BALFOUR, cui non si può contestare la larga esperienza. L'inconveniente accennato dall'EGIDI che l'anastomosi avviene non col primo tratto del digiuno subito dopo l'ansa di Treitz, ma un po' al di sotto, non gli sembra possa avere grande importanza.

Due casi di legatura dell'arteria splenica nell'ittero emolitico.

ALESSANDRI. — L'O. premette che la legatura dell'arteria splenica, in sostituzione della splenectomia, fu eseguita dallo Stubenranch nel 1922 in un caso di porpora emorragica e nel 1924 dal Deloisieux in un caso di trombopenia essenziale. L'operazione fu poi ripetuta da altri operatori in altri casi di trombopenia essenziale. Giustifica l'atto operativo in rapporto con la concezione patogenetica e gli attributi fisiologici della milza. Ricorda le ragioni che indussero i clinici a tentare la splenectomia nell'ittero emolitico e quelle per le quali alcuni hanno ammesso e consigliato di sostituire alla splenectomia la legatura dell'arteria splenica; operazione però fino ad ora non eseguita. L'O. riferisce su due casi da lui operati, l'uno da più di un anno e l'altro di recente, nei quali l'operazione fu ben sopportata dai pazienti e il decorso della malattia ne fu favorevolmente influenzato.

Il Vice-Segretario: M. ALMAGIÀ.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 18 aprile 1929 - VII.

Come si valuta la fragilità capillare.

LUNEDEI A. e GIANNONI A. — Gli OO., ricordato che le manifestazioni emorragiche capillari possono essere dipendenti dalle alterazioni anatomiche delle pareti di questi vasi, da alterazioni del meccanismo dell'emostasi per alterazioni ematiche e per alterazione del fenomeno dello spasmo capillare di difesa, prospettano, in base ai risultati delle loro ricerche quale può essere il significato dei varii mezzi semeiologici che sono stati proposti per valutare lo stato di fragilità delle pareti capillari e i disturbi dei due meccanismi dell'emostasi.

Valutato, in base alle ricerche ematologiche, il ruolo dei fattori ematici dell'emostasi, ammettono la possibilità di valutare come si compia lo spasmo capillare di difesa per mezzo del confronto di questi risultati, con l'esame del tempo di sanguinamento, delle prove di Koch e di Hess e dei caratteri delle manifestazioni emorragiche spontanee o comunque provocate.

Per l'esame della fragilità credono si debba dar valore solo alla prova del martello e della coppettazione per l'esecuzione delle quali propongono alcune modificazioni di tecnica.

Per quanto riguarda la prova del laccio sostengono la tesi che essa sia sopratutto dovuta all'azione sulle pareti di prodotti del ricambio tissulare formatisi duante la stasi. Tale prova avrebbe pertanto un significato più ampio e diverso da quello finora attribuitole.

Sulla reazione nistagmica da atteggiamenti del collo.

LUNEDEI A. — Presenta due casi con artrite cervicale nei quali si notavano comparsa di vertigine e nistagmo per alcuni movimenti del collo, sia per rotazione della testa che per rotazione del tronco.

L'O. attribuisce la maggiore importanza nella genesi dei fenomeni alla stimolazione delle vie sensitive del collo durante la rotazione.

P. M. N.

Associazione Medica Triestina.

XXI adunanza scientifica del 5 aprile 1929.
Presidente: Dott. A. COFLER.

Meningite purulenta.

Dott. GINO MACCHIORO. — Illustra 2 casi di meningite purulenta con reperto batteriologico e microscopico negativo del liquido cerebro-spinale. Il primo caso, datante da 2 mesi e mezzo e trattato con scarso risultato con siero antimeningococcico dal medico curante, si ristabilisce completamente (sia soggettivamente che obiettivamente) con iniezioni endovenose di urotropina.

Nel secondo caso, da pochi giorni in osservazione, col medesimo trattamento del primo, si nota un lieve miglioramento. Il relatore accenna alla diagnosi differenziale, alla eziologia ed agli interventi terapeutici consigliati dai vari AA.

IACCHIA. — Ha visto in questi ultimi tempi 2 casi di meningite cerebro-spinale epidemica; chiede perciò l'abitazione e la scuola frequentata dalle pazienti, per avere delle indicazioni epidemiologiche.

MACCHIORO. — Il caso guarito è di Trieste e non frequentava la scuola; il secondo è della campagna di Capodistria.

COFLER. — Ricorda un caso riferitogli dal primario Cominotti; si trattava di un uomo con sintomatologia di meningite, liquido cer. spinale purulento: si ebbe guarigione completa dopo iniezioni di stomosina.

BATTIGELLI. — Ricorda un caso di meningite con liquido spinale purulento, guarito con iniezioni di sublimato.

Dott. MANN. — Presenta un bambino il quale da due anni, dopo grave empiema metapneumonico, ha crisi dolorose al ventre ed incontinenza di feci quando sta in piedi.

Nel quadrante superiore sinistro si nota una tumefazione dura, mobile, dolente alla pressione, la quale nel corso dell'osservazione cambia spesso di posizione e talora sparisce del tutto.

L'O. fa diagnosi di invaginazione intestinale. Il caso verrà operato fra giorni e se ne darà relazione nella prossima seduta.

GRISOGONO. — La scomparsa del tumore palpabile è da ascriversi alla mobilità del tumore od alla formazione dell'invaginazione in punti diversi?

MANN. — È del parere che si tratti piuttosto della seconda ipotesi.

Dott. P. JACCHIA. — Presenta per prima una giovanetta di 15 anni in cui vari mesi fa constatò una tubercolosi del polmone destro con formazione di grande caverna. Siccome il pneumotorace terapeutico istituito risultava insufficiente al collabimento della caverna per la presenza di aderenze egli la operò nel dicembre 1928 col metodo indicato dal Jacobaeus, causticando l'aderenza per via endotoracica.

Ottenne così il collabimento della caverna, il pneumotorace totale, la cessazione dell'espettorazione in cui ora non si riscontrano più bacilli di Koch. Presenta le radiografie da lui effettuate prima dell'inizio della cura, e prima e dopo l'operazione.

L'O. presenta ancora una sua radiografia di un bambino di due anni in cui diagnosticò un pneumotorace spontaneo in corso di pleuropolmonite. Citando la letteratura rileva la grande rarità di tali casi nella pratica pediatrica.

Quale terzo caso l'O. illustra un idropneumotorace a tre concamerazioni osservato in un ragazzo di 14 anni, quale postumo di pleurite acuta totale, dimostrando con le sue radiografie gli spostamenti dei livelli liquidi ben distinti fra loro.

Dott. GRISOGONO. — Dimostra due pezzi patologici di cancro del collo uterino ottenuti recentemente mediante isterectomia radicale per via vaginale con la tecnica Stoeckel.

C. RAVASINI. — Presenta: *a*) un caso di rene doppio con duplicità ureterale totale, guarito con eminefrectomia del rene sopranumerario e *b*) una enorme idronefrosi destra che guarì per primam dopo nefrectomia destra. (La sacca arrivava da sotto il diaframma fino al piccolo bacino).

WINTERNITZ. — Riferisce un caso di carcinoma primitivo del polmone.

Il Segretario: E. RONCALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il controllo radiografico del riflusso uretero-pielico dopo la minzione.

Papin per primo richiamò l'attenzione su tale fenomeno: F. H. de Beaufond e Vaudet (*Bull. Acad. de Méd.*, n. 18, CI, maggio 1929) riferiscono le osservazioni fatte in una bambina di 7 anni affetta da spina bifida occulta del sacro e dilatazione uretero-pielica congenita bilaterale con infezione colibacillare.

Furono eseguite quattro serie di radiografie.

Prima serie: tre radiografie in posizione coricata:

a) appena iniettato del collargolo al 10 %, si nota la vescica piena e il canale escretore sinistro riempito, sinuoso e dilatato;

b) dopo la minzione spontanea si nota sulla radiografia il canale escretore sinistro sempre pieno, la vescica con qualche residuo di soluzione opaca, e il canale escretore destro riempito di collargolo, anch'esso sinuoso e dilatato. Esso si è quindi iniettato spontaneamente dopo la minzione volontaria;

c) dopo un quarto d'ora dall'iniezione di collargolo, la lastra mostra i canali escretori quasi vuoti, con un residuo di collargolo in vescica.

Seconda serie: tre radiografie, nella stessa posizione. Nella prima lastra identico comportamento che la prima volta; la 2ª lastra mostra la vescica completamente vuota, l'uretere sinistro ancora pieno, quello destro vuoto: non vi è stato riflusso dopo la minzione; la terza lastra mostra l'uretere sinistro quasi completamente vuoto.

Terza serie: medesimo procedimento, ma dopo una pielografia dell'uretere destro. Questa volta nè l'uretere destro, nè quello sinistro, se si eccettua una piccola porzione a dito di guanto, si è iniettato con collargolo; dopo la minzione invece si nota l'uretere destro vuoto, quello sinistro riempito, in modo tenue.

Una *quarta serie* di radiografie mostra il ritorno allo stato normale dell'ammalato.

Considerando tale comportamento si nota che il riflusso temporaneo dell'uretere destro coincide con un periodo di pielite acuta destra, e con disturbi di svuotamento della vescica. Questo riflusso e quest'alterato svuotamento non dipendono da una causa meccanica, e benchè la pielografia conferma la dilatazione dell'uretere, tuttavia il riflusso non s'è più presentato.

In conclusione il riflusso si è presentato in due condizioni molto differenti: prima in un canale generalmente funzionante, e poi in un canale in uno stato di riflusso permanente, ma temporaneamente chiuso da uno spasmo.

In certi casi la minzione predispone al riflusso attivo, che sembra preparare il riflusso passivo; questa constatazione ha un valore per spiegare le infezioni per via ascendente del rene. CARUSI.

L'ematuria nei restringimenti uretrali.

Secondo Strominger (*Journ. d'Urol.*, gennaio 1929) l'ematuria è una complicazione assai rara nei restringimenti uretrali; infatti solamente poche osservazioni si conoscono, tra le quali, quelle di Duvergey, Dax, Aversenq, Boulanger ecc. Si tratta quasi sempre di ematurie di origine vescicale, come è stato dimostrato sicuramente nei casi cistotomizzati, ove si è potuto constatare che in vescica esisteva sangue, mentre dagli ureteri veniva emessa urina limpida. L'A. riporta l'osservazione di un vecchio ristretto, trattato irregolarmente, che presentava inoltre una pneumaturia da glicosuria ed una colibacillosi, il quale aveva avute tre ematurie, piuttosto imponenti, arrestate colla semplice sonda uretrale a permanenza. Sembra che l'ematuria dipenda dalla congestione vescicale, favorita e mantenuta dal ristagno e dall'infezione. V. LOZZI.

Contributo allo studio delle cisti idatidee retrovescicali, impropriamente dette prostatiche.

V. Compani (*Journ. d'Ur.*, nov. 1928) osserva come la maggior parte delle cisti d'echinococco retrovescicali si sviluppano nel tessuto cellulare sottoperitoneale intervescicolare, sopra la prostata ed avanti della aponeurosi di Denouvilliers, e solamente una piccola minoranza prendono origine dalla prostata. Sviluppandosi respingono la vescica in avanti, il retto in dietro, la prostata in basso e trascinano il cul di sacco peritoneale in alto, estrinsecandosi fuori del bacino e comprimendo gli ureteri. Questa localizzazione rappresenta circa il 0,7 % di tutte le cisti d'echinococco, ed è generalmente una varietà dell'echinococcosi secondaria del peritoneo. Queste cisti oltre a comprimere gli ureteri, possono dissociare la parete vescicale, ed aprirsi in questa cavità.

La diagnosi non presenta in genere difficoltà. Per la cura, deve ritenersi la via perineale, come la più logica e la più sicura per l'aggressione della cisti.

L'A. riferisce quindi un caso suo personale, estesamente, e dà notizia di un secondo caso di Ribas y Ribas. V. LOZZI.

CASISTICA.

La costituzione timico-linfatica ed il suo significato clinico.

La costituzione timico-linfatica è caratterizzata dalla presenza di una certa pinguedine con pallore e mollezza dei tessuti, rigonfiamento dei gangli linfatici, comparsa di noduli linfa-

tici al fegato ed alla tiroide, tumefazione degli organi linfoidi del palato, dell'apparato digerente, della milza, del timo e, nell'adulto, aplasia dell'aorta.

La grossezza del timo è proporzionale allo stato di pinguedine. Hammar dà, come cifre medie, 13 g. alla nascita e 37, fra 11 e 15 anni; il massimo osservato è stato di 52 grammi; è però difficile lo stabilire dei limiti netti fra lo stato normale e patologico, almeno nel bambino a 5-6 anni.

Le autopsie di soldati morti in guerra hanno mostrato che, con la costituzione timico-linfatica, coesisteva spesso atrofia dei surreni.

E. Feer (*Schweizerische med. Wochens.*, 16 febbr. 1929) ha trovato nei poppanti a grosso timo, una spiccata linfocitosi (70-75 %) nel sangue. La diagnosi clinica si basa sull'ipertrofia delle ghiandole della base della lingua, sul reperto di un grosso timo (percussione sul manubrio dello sterno e radiografia, la quale è però poco utilizzabile nei poppanti per la grossezza dei grossi vasi). Lo stridore timico è rarissimo.

Spesso si ha anche un certo grado di gozzo e l'ipertrofia cardiaca, che può essere dovuta a miocardite cronica ma che rientra nella stessa costituzione, come è dimostrato dalle infiltrazioni linfoidi del miocardio. Il sistema cromaffine presenta spesso ipoplasia; la morte timica risulterebbe, in tal caso, da azione del vago per spostamento degli elettroliti. Si osserva pure ipogenitalismo; è noto, del resto che, nei castrati, il timo è grosso. Nella miastenia grave, vi è spesso iperplasia del timo ed infiltrazione linfocitaria nella muscolatura. Così pure, si ha spesso ipertrofia del timo nel morbo di Addison ed in quello di Basedow.

Sembra dimostrata una disposizione ereditaria. La sovraalimentazione con latte, burro, uova favorisce tale predisposizione e fa comparire dei segni di diatesi essudativa (eczema). D'altra parte, la morte improvvisa dei bambini eczematosi si osserva in casi di costituzione timico-linfatica, specialmente in primavera, quando le secrezioni interne sono maggiormente turbate.

Nello spasmo della glottide, si osservano dei fenomeni analoghi; in un caso dell'A., lo spasmo sopravvenne durante un esame della gola ed a nulla valsero l'intubazione immediata e la respirazione artificiale, poichè il polso si era sospeso prima del respiro.

Il trattamento di questo stato costituzionale consiste anzitutto nell'evitare la sovralimentazione; ridurre a 3 il numero dei pasti (dopo il primo anno) e non dare più di 200-300 grammi di latte, soppressione delle uova e prescrizione di verdure, frutta fresca. La diminuzione verificatasi ultimamente nelle angine lacunari e nelle spasmofilie sarebbe dovuta al fatto che la sovralimentazione sistematica è oggi meno frequente di un tempo.

Possono essere utili: lo joduro di sodio (a dosi di 10 cg. a 1 gr. al giorno) e l'irradiazione coi raggi X, se non vi è stenosi tracheale dipendente dal timo.

fil.

Sindrome ipofisaria negli adenoidei dopo la pubertà.

La sindrome ipofisaria del Citelli (*La Riforma Medica*, n. 21, 1929) è, come è noto, costituita da sonnolenza, difetto di memoria, torpore intellettuale: creduta, dall'A. stesso, piuttosto rara, sappiamo oggi invece che è assai frequente, trovandosi nel 70 % dei casi, il che ha un grande valore per il futuro sviluppo di questi malati.

Inoltre la sfera sessuale può essere modificata negli adenoidei: si tratta di arresto nello sviluppo dei genitali, di segni di femminilismo, di amenorree, ecc.: infine possono aversi ostacoli allo sviluppo somatico individuale: in tutti questi casi la terapia ipofisaria è assai efficace.

L'A. conclude richiamando l'attenzione sul complesso sintomatologico ipofisario, frequentemente mostrato dagli adenoidei.

V. SERRA.

Sulla distrofia adiposa ipofisaria d'origine traumatica.

Geldmacher Max (*Deut. Zeit. f. Chir.*, vol. 215, fasc. 1-2) ricorda come siano rarissimi nella letteratura i casi di distrofia adiposa ipofisaria e in genere i disturbi endocrinici d'origine ipofisaria consecutivi a traumi. L'A. nella letteratura non ne ha trovato che 5 casi a cui va aggiunto il suo. Si trattava di una ragazza di 17 anni che riportò, in seguito a caduta, una frattura della base del cranio cui residuò una deformazione della sella turcica constatabile alla radiografia. Dopo qualche settimana cominciarono i disturbi del ricambio per cui aumentò il tessuto adiposo sia quantitativamente, sia come distribuzione.

Dopo 5 mesi l'ammalata era cresciuta nel peso di 22 libbre. Si notavano anche altri disturbi a carico del sistema nervoso ma nessuno nella sfera genitale, contrariamente a quanto avviene generalmente nelle forme di adiposità ipofisaria.

V. GHIRON.

TERAPIA.

L'insulina nel trattamento dell'anemia perniciosa.

In questi ultimi anni è stato notato, senza dubbio, un aumento del numero dei casi di anemia perniciosa. Molti casi inoltre giungono in ospedale in stato così grave, che il trattamento con il fegato ha pochissime probabilità di successo.

In malati di questo genere L. Varga (*Deut. Mediz. Woch.*, n. 11, 1929), malgrado l'opposizione teorica di alcuni medici che considerano il trattamento insulinico contro indicato, ha praticato iniezioni di insulina alla dose di 30 o 40 unità, due volte al giorno. Già in

precedenza tale trattamento era stato tentato, ma sempre con insuccesso, mentre negli 8 casi trattati dall'A., l'insulinoterapia sia sola, che associata ulteriormente alla cura epatica, ha determinato un miglioramento rapido e notevole.

Questi resultati sembrano quindi incoraggianti e possono far pensare che l'insulina debba entrare nell'arsenale terapeutico delle anemie gravi in stadio avanzato.

A. P.

La terapia epatica nell'anemia secondaria.

S. C. Dyke (*The Lancet*, 8 giugno 1929), ricordando che i primi tentativi di Whipple e Murphy ecc. di terapia epatica furono appunto praticati su anemie secondarie, pensa che queste ricerche condotte fruttuosamente sui cani, possano essere riprese sull'uomo. Però le anemie secondarie (da emorragie oppure da tossine) nell'uomo non costituiscono un quadro così preciso come l'anemia perniciosa e tale da poter fissare l'effetto sicuro della somministrazione di fegato. Non sempre l'esame citometrico o colorimetrico dà risultati notevoli; piuttosto l'A. osserva (e con lui altri AA.) che l'immediato effetto dell'applicazione della terapia epatica, nelle anemie, era la comparsa nel sangue circolante di molte cellule rosse reticolate o *reticolociti*. Tale reazione era sempre più marcata nelle anemie perniciose.

L'A. ha sottoposto alla terapia epatica dodici casi di anemia secondaria; di questi solo cinque migliorarono definitivamente, di cui quattro casi avevano presentato la reazione reticolocitica.

Dopo una diffusa esposizione di questi cinque casi l'A. osserva che malgrado l'esiguità del materiale in esperimento si può stabilire che certi casi di anemia secondaria (per lo più in seguito a emorragia) migliorano notevolmente dopo somministrazione di fegato o estratto epatico. Di più osserva che associando al fegato una cura ferruginosa, i risultati sono molto più brillanti. La reazione reticolocistica starebbe a indicare un'aumentata attività rigeneratrice e precede l'aumento dei globuli rossi.

FERRO-LUZZI.

Indicazioni e controindicazioni per il soggiorno climatico curativo in alta montagna.

I fattori del clima di alta montagna, cioè delle zone situate fra i 1000-2000 metri, sono: la pressione barometrica, la temperatura, la scarsezza del tasso igrometrico dell'aria, la purezza dell'aria, l'irradiazione: ricchezza di raggi chimicamente attivi.

Le malattie che si giovano veramente del soggiorno in alta montagna sono, secondo Wolfer (*Aerztliche Praxis*, n. 10, 1928):

1) la tubercolosi, sopratutto le forme polmonari croniche, alcuni casi di forme essudative acute e i pneumotoraci artificiali. Costituiscono una controindicazione l'esaurimento grave, l'astenia cardiaca con tachicardia e dispnea.

Subordinatamente allo stato generale anche la tubercolosi chirurgica può risentirne giovamento;

2) l'asma bronchiale;

3) le anemie, compresa l'anemia perniciosa;

4) le forme lievi di diabete con esclusione dell'acetonuria;

5) il m. di Basedow, dove l'influenza benefica è anche confermata dalla diminuzione del metabolismo basale;

6) la malaria;

7) per le malattie di cuore, i casi di miocardite, di sclerosi periferica, di insufficienza renale, angina pectoris debbano essere assolutamente esclusi, mentre l'ipertensione semplice, le forme croniche di nefrite senza insufficienza renale non rappresentano una controindicazione assoluta.

A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. D. D. D., abb. n. 7886:

In italiano non esiste traduzione del lavoro di Peczely sulle modificazioni dell'iride nelle malattie e non mi consta che ne esista una traduzione francese.

Il metodo, escogitato da un medico omeopatico ungherese (il Peczely) e da un pastore evangelico svedese (Liljequist) risale al 1880. Del lavoro di quest'ultimo esiste una traduzione tedesca (*Die Diagnose aus den Augen*, Krüger ed. Leipzig, 1902). Il Peczely pubblicò la sua monografia in tedesco, nel 1880, ma non ebbe fortuna. Solo più tardi, la questione venne ripresa. Cfr. E. SCHLEGEL. *Die Augendiagnose des Dr. Ignaz Peczely nach eigenen Beobachtingen*. Tubingen, 1887.

Dell'argomento si è occupato G. PETELLA, in *Annali di medicina navale e coloniale* di qualchè anno fa.

fil.

Al dott. M. O., da Venezia:

Non credo che si possa attribuire oggi un valore *commerciale* al *Trattato* di CANTANI e MARAGLIANO, di cui alcune parti rimontano ad una quarantina d'anni. Peggio poi se l'opera non è completa, sicchè, se essa viene offerta ad una libreria d'occasione, si potrà ottenere poco più del prezzo del peso della carta. Da parte di un privato, si tratta di un acquisto di affezione, per cui il prezzo può stabilirsi soltanto in base a considerazioni estranee al valore intrinseco dell'opera.

fil.

VARIA.

Metereologia e patogenesi.

F. Cioffi in una comunicazione fatta alla *Società Italiana per il Progresso delle Scienze* ricorda che Vittorio Alfieri intravide chiaramente il rapporto misterioso esistente tra condizioni di clima, stagioni, ecc. e stato fisico del nostro organismo.

Nella sua autobiografia il grande astigiano scrive:

« Passai più giorni in Venezia solissimo senza uscire di casa; e senza pure far nulla che stare alla finestra; ed il rimanente del giorno lunghissimo, me lo passavo o dormicchiando, o ruminando non saprei che, o il più spesso anche piangendo, nè so di che; senza mai trovar pace, nè investigarmi nè dubitarmi pure della ragione che me la intorbidiva o toglieva. Molti anni dopo, osservando un poco meglio, mi convinsi poi che questo era in me un accesso periodico d'ogni anno nella primavera, alle volte in Aprile, alle volte anche sino a tutto Giugno; e più o meno durevole, da me sentito, secondo che il cuore e la mente si combinavano essere allora più o meno vuoti ed oziosi. Nell'istesso modo ho osservato poi, paragonando il mio intelletto ad un eccellente barometro, che io mi trovava avere ingegno e capacità a comporre più o meno secondo il più o meno peso dell'aria; ed una totale stupidità nei gran venti solstiziali ed equinoziali; ed una infinitamente minore perspicacità la sera che la mattina; e assai più fantasia, entusiasmo, e attitudine all'inventare nel sommo inverno e nella somma estate che non nelle stagioni di mezzo. Questa mia materialità, che credo pure in gran parte essere comune un po' più un po' meno a tutti gli uomini di fibra sottile, mi ha poi col tempo scemato e annullato ogni orgoglio del poco bene che io forse andava alle volte operando, come anche mi ha in gran parte diminuito la vergogna del tanto più male che avrò certamente fatto, e massime nell'arte mia; essendomi pienamente convinto che non era quasi in me il potere in quei dati tempi fare altrimenti ».

Dopo di che il Cioffi osserva che gli accenni all'influenza che le vicissitudini atmosferiche e le stagioni esercitano sulle malattie non mancano anche in scrittori dell'antichità, ma si tratta di credenze che hanno riferimenti con l'astrologia.

Il primo che trattò l'argomento di proposito e sistematicamente fu Froissac nel 1837 in Francia. La sua opera è intesa a provare la azione degli agenti metereologici sui nostri organi e sulle nostre funzioni e la loro influenza sulle malattie, nonchè a precisare le modificazioni intellettuali e morali determinate dalle vicende metereologiche particolari a ciascuna regione.

Dopo di che gli studi su questo argomento si sono fatti sempre più numerosi e precisi.

Hellpach ha lumeggiato la reazione costituzionale agli agenti fisici atmosferici, His il rapporto tra costituzione e clima, Biedl il rapporto tra clima e apparato endocrino.

Kinney ha studiato l'influenza dei disturbi atmosferici ed igrometrici sulla pressione del sangue. Anche egli, come l'Engel ed il Bürger ha notato che gli accessi apoplettici sono più frequenti in determinate circostanze atmosferiche.

Mendini trovò che è evidente l'influenza delle meteore sulle manifestazioni gottose.

Cioffi stesso ha constatato che le epidemie di laringofaringiti, angine catarrali e follicolari coincidono con l'elevazione dell'umidità assoluta.

Cozzolino e Olmi hanno registrata la maggior frequenza delle meningiti tubercolari in primavera, mentre Compton e Guerrieri Paleotti notavano nella stessa stagione la scarsezza della meningite cerebro-spinale.

Hess studiò i rapporti tra rachitismo e fattori meteorologici, Riesenfeld, Hendelmann e Rose il rapporto tra fosforo organico nel sangue dei bambini e l'igrometria, Moore e Denis il rapporto tra osteogenesi e clima.

È stata indicata con il nome di *ciclonosi* o *ciclonopatia* una sindrome fisica e psichica, caratterizzata da uno stato di depressione sentimentale, cefalea, neuralgie, acutizzazioni di dolori reumatoidi e cicatriziali, e che coinciderebbe con il tempo sciroccale.

Questo stato patologico è stato attribuito alla temperatura, alla pressione atmosferica, alla umidità relativa, all'irradiazione solare, alle precipitazioni, all'elettricità atmosferica, alla presenza di protossido d'azoto.

Cioffi ritiene invece che la sindrome, alla quale egli ritiene più appropriato il nome di *metereopatia*, sia in rapporto con la tensione del vapore.

Questa ipotesi soddisferebbe tutte le esigenze, sia di quelli che invocano l'umidità relativa o assoluta nella spiegazione dei fenomeni, sia di quelli che li considerano come dovuti all'elevazione della temperatura o all'abbassamento della pressione atmosferica, sia infine forse anche in quelli che restano fedeli alla produzione di uno stato negativo dell'elettricità atmosferica. E ciò in quanto all'aumento della tensione del vapor acqueo nell'atmosfera concorrono o sono concomitanti tutti questi fattori. *argo.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

C. MINERBI. *Il timpanismo alternante di Wintrich, il suono tracheale di Williams e il timpanismo di Skoda.* — Minerva Medica, Napoli, 1929.

C. MINERBI. *Zur Lehre von den physikaliscen Grundbedigungen des Thorax-Perkussionsschalles und der « Auskultierten Perkussion ».* — Vogel, Leipzig, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXX - Concorso: annullamento; rinnovazione.

La Commissione esaminatrice dei titoli per un concorso al posto di chirurgo primario di ospedale, escluse alcuni concorrenti, per limiti di età, e fece la graduatoria per gli altri. Il Consiglio di Stato annullò la nomina che era stata deliberata dall'amministrazione ospedaliera sulla base di quella graduatoria, dichiarando che illegittimamente erano stati esclusi alcuni dei concorrenti. Per effetto del giudicato fu rinnovato il procedimento. Ma la Commissione considerò valido il giudizio già espresso nella prima fase per i concorrenti ammessi; valutò i titoli del concorrente prima escluso ed espresse per esso un giudizio assoluto; fece poi una valutazione comparativa di tutti i concorrenti tenendo conto del giudizio che era stato espresso nella prima fase e di quello successivo.

Essendo stato prodotto ricorso al Consiglio di Stato, contro la seconda deliberazione, fu discussa la legittimità di questo procedimento. Deduceva il ricorrente che, annullata la nomina per invalidità della risoluzione della Commissione concernente la esclusione dal concorso, il procedimento avrebbe dovuto essere rinnovato pienamente, incominciando dall'ultimo atto nullo. Questa tesi non è stata accolta dal Consiglio di Stato il quale, con decisione 22 giugno 1929, n. 371, ha motivato così:

« Osserva la Sezione in punto di fatto che la decisione del Consiglio di Stato 30 marzo-18 maggio 1928 non ha dichiarato nullo l'operato della Commissione giudicatrice nell'intero suo svolgimento quale risultava dal verbale 10 luglio 1927, ma conformemente alla domanda del ricorrente ha dichiarato illegittima la risoluzione della Commissione, comunicata con lettera 21 luglio 1927 che lo esclude dal concorso per limiti di età e conseguentemente ha annullato anche il provvedimento definitivo di nomina, la deliberazione 18 luglio 1927 della Congregazione di Carità. Circoscritta in questi termini la dichiarazione di nullità pronunziata dal Consiglio di Stato, nei limiti obbiettivi, ripetesi, che la domanda del ricorrente aveva posti e definiti, è ovvio che la nullità non possa estendersi ad altri atti del procedimento del concorso compiuti dalla Commissione, che non siano essi stessi dipendenti dall'atto annullato.

L'art. 58 del C. P. C., invocato dal ricorrente, stabilisce che la nullità di un atto non importa la nullità degli atti... successivi indipendenti dal medesimo. E non è a porsi in dubbio che l'esame e la valutazione dei titoli e il giudizio relativo sugli altri concorrenti ammessi al concorso, nonchè la graduatoria fatta dalla Commissione, debbono considerarsi del tutto come atti indipendenti dall'esclusione prima pronunziata dei candidati perchè non ritenuti nei limiti dell'età prescritta. Riammessi detti candidati al concorso, in quanto posteriormente riconosciuta illegittima la loro esclusione, niuna disposizione di legge, niun principio generale di diritto vieta che, fermo restando il procedimento e il giudizio, prima emesso sugli altri concorrenti, la Commissione esplichi nella seconda fase il suo compito limitatamente ai candidati esclusi e il giudizio di valutazione, su di essi enunziato con parità di criteri, inserisca, potendolo, nel procedimento generale del concorso e, previo raffronto delle posizioni singole, completi la graduatoria di tutti gli ammessi al concorso. Su tale graduatoria dovrà poi necessariamente esplicarsi il potere di nomina dell'amministrazione, priva essendo di valore quella nomina, che giustamente fu dichiarata nulla perchè in precedenza fatta su una graduatoria che non comprendeva, illegittimamente, tutti i candidati ».

Questa risoluzione non sembra persuasiva, tenendo conto degli elementi di fatto che risultano dalla decisione.

La V Sezione, accogliendo il primo ricorso, aveva soggiunto: « ... e per lo effetto dichiara illegittima la risoluzione della Commissione 10 luglio 1927, che escluse dal concorso per limiti di età... e conseguentemente annulla anche la deliberazione... la quale nominò ecc. ecc. ».

Il provvedimento conclusivo era, quindi, annullato perchè cadeva, per illegittimità, uno degli atti sui quali era fondato, cioè quello concernente i limiti del concorso dal punto di vista dei soggetti partecipanti.

È da ritenere che fossero travolti anche gli atti successivi, che dipendevano da quello annullato.

È questo un principio generale di diritto, che corrisponde anche a necessità logiche. Il procedimento del concorso consta di una serie di atti e di fatti coordinati per nesso formale e sostanziale. La concatenazione è evidente: intanto, per es., la Commissione può esprimere un giudizio assoluto e comparativo in quanto abbia regolato la partecipazione al concorso.

Non meno marcato è il *nesso sostanziale*. Trattandosi di un concorso, cioè di un procedimento diretto a stabilire la idoneità ad un determinato ufficio e la prevalenza di uno o più concorrenti, con giudizio necessariamente relativo, la determinazione dei criteri, la valutazione dei titoli e la graduatoria costituiscono atti dipendenti da quello che regola i limiti soggettivi della gara.

Nel concorso il giudizio è essenzialmente *comparativo* e, quindi, se illegittimamente la Commissione escluse uno o più concorrenti, è da ritenere che tutto il giudizio sia vulnerato nella sua base.

Annullati gli atti che stabilirono i limiti soggettivi del concorso e il provvedimento finale, non possono rimanere parzialmente fermi gli atti intermedi concernenti la valutazione della idoneità assoluta e comparativa.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Nell'Ordine dei Medici della provincia di Milano.

In seguito alle elezioni avvenute nelle singole assemblee dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine dei Veterinari della provincia, ed in seguito alle nomine avvenute, presso i singoli Direttorii dei Sindacati, in ossequio a decreto prefettizio, ha avuto luogo nella sede di via Dogana 2, l'insediamento dei singoli Consigli d'amministrazione degli Ordini. L'Ordine dei Medici risulta così costituito: presidente: Baslini prof. comm. dott. Carlo; membri: dott. Carcano Giuseppe, prof. Ettorre Enrico, dott. Parodi Luigi, prof. Pepere Alberto, dott. Rossi Emilio; segretario: prof. Rovida Camillo; cassiere: dott. Scotti Cesare.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria. — Scad. 14 ag., ore 17; per Valmadonna; L. 7000 e addizionale di L. 4 per ogni povero oltre il 5 % della popolaz.; 4 quinquenni dec.; c.-v. in L. 1200 se coniugato, oltre le quote complementari per i figli; L. 300 (*sic*) uff. san.; L. 500-800-1800 trasp.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 10 lug.

Anzi (*Potenza*). — Scad. 15 ag.; L. 7000, salvo riduz.; età lim. 35 a.

Barletta (*Bari*). — 1ª cond. med.; L. 9500 elevabile a L. 11.000 a seguito di due quadrienni; c.-v. L. 500 per servizio med. a Montaltino; scad. ore 14 del 31 ag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 13 lug.; tassa L. 50.

Caluso (*Aosta*). — Scad. 10 ag.; per le frazioni; L. 8000 iniziali.

Cassoine (*Sassari*). — Scad. 15 ag.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 800 arm. farm.

Catanzaro. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Direttore dei Dispensari del Consorzio di Nicastro e Tropea; a ore 17 del 30 ag.; età lim. 30-40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 15 mag.; esami e tit.; stip. L. 14.000 oltre L. 200 mens. per trasp.; nom. e conferme biennali. Chied. annunzio.

Cinisi (*Palermo*). — Scad. 31 ag.; L. 8500; tassa L. 50,10; assunz. serv. entro 2 mesi dalla nomina.

Monteromano (*Roma*). — Scad. 15 ag.; v. fascicolo 27.

Mottalciata (*Vercelli*). — Consorzio 4 comuni; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 150 ambulatorio, L. 3500 locomozione (auto o cavallo). Scad. 20 agosto. Tassa L. 50,10.

Norcia (*Perugia*). — Scad. 31 ag.; per Campi-Ancarano; L. 9800 e 3 quinquenni dec., oltre L. 2100 serv. att., 2 c.-v.; tassa L. 50.

Orbassano (*Torino*). — Scad. 20 ag.; L. 8000 e indennità.

Ostra-Vetere (*Ancona*). — Al 22 ag.; L. 9000; addizion. L. 3 oltre il 25 % della popolaz.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Petrella Salto (*Rieti*). — Per la 1ª zona. Stipendio annuo lordo L. 9500; compensi addizionali L. 5860; indenn. cavalc. L. 3000; 4 aumenti quadriennali L. 950. Età min. anni 21; mass. 35. Scad. 15 settembre.

Pinguente (*Istria*). — Consorzio Sanitario fra i comuni di Pinguente e Rozzo. Stipendio annuo L. 9600 oltre L. 4000 per indenn. trasferta e caro viveri. Aumento di un decimo ogni quadr. e per quattro quadr. Eventuale incarico servizio Uff. Sanit. compenso annuo L. 1100. Scadenza 3 settembre. Tassa concorso L. 50,15. Per altri chiarimenti rivolgersi al Municipio di Pinguente.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto; v. fasc. 30. Scadenze 24 e 31 agosto.

Salerno. *Ospedali Riuniti.* — Proroga 30 set.

Santa Maria Capua Vetere (*Napoli*). — Scad. 10 ag.; v. fasc. 28.

Senorbi (*Cagliari*). — Scad. 11 ag.; per Suelli-Sisini; L. 8000 oltre L. 500 trasp., c.-v., se coniugato; tassa L. 50,10.

Sulmona. *Casa Santa dell'Annunziata.* — Medico primario; a ore 12 del 15 sett.; L. 3200 (*sic*) e percentuale introiti; tassa L. 50,10; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; nom. biennale, salvo conferma.

Trapani. — A 30 giorni dal 10 lug.; 2ª Sez. urbana; L. 9500, 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 825, salvo riduzioni di legge; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

Trarego (*Novara*). — Stipendio L. 7000. Indennità Uffic. Sanitario L. 500. Caro-viveri. Scadenza 25 agosto. Chiedere bando Segreteria Comunale.

Varese. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Direttore e Assistente Sezione Chimica. Stipendio annuo lordo L. 18.000 pel Direttore e L. 12.000 per gli assistenti. Indenn. servizio attivo L. 2000. Scadenza ore 18 del 31 agosto. Per informazioni rivolgersi Segreteria della Provincia.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla Facoltà Medica di Parigi sono nominati, con decorrenza dal 1° ottobre prossimo, i proff.: A. Clerc, di patologia medica, in sostituzione del compianto Sicard; A. Baudouin, di patologia e terapia generali, in sostituzione di Marcel Labbé, passato alla clinica medica.

Alla Facoltà Medica libera di Lilla è nominato professore di clinica ostetrica, in esito a concorso, il dott. Maurice Favreau, in sostituzione del prof. Voituriez, ritiratosi per limiti d'età.

Il dott. Howard C. Naffziger è nominato professore di clinica chirurgica all'Università di California, a partire dal 1° luglio.

Il comm. prof. Alfredo Bartolucci della Direzione Generale della Sanità Pubblica è stato nominato membro del Comitato Nazionale Medico nel Consiglio delle Ricerche, membro del Comitato Nazionale per l'agricoltura e membro del Comitato Nazionale per le Conserve Alimentari.

La Commissione esaminatrice del concorso a capo reparto stomatologico dell'Ospedale Coloniale di Tripoli, della quale faceva parte il prof. Amedeo Perna, ha giudicato che nessuno dei candidati fosse idoneo a coprire il posto, perchè ai titoli professionali non corrispondevano altrettanti titoli scientifici.

Il premio biennale del principe di Monaco, dell'importo di cento mila franchi, è stato assegnato al prof. Borel, che appartiene all'Istituto Pasteur di Parigi e alla Facoltà Medica di Strasburgo.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano:

L'Istituto Provinciale per la protezione ed assistenza dell'Infanzia in Milano.

Nel resoconto dell'opera svolta dall'amministrazione della Provincia di Milano, testè pubblicato in un grosso volume ricco di dati, tabelle e riproduzioni fotografiche (Provincia di Milano: L'opera dell'Amministrazione nel 1928, a cura del Commissario straordinario, Milano, A. VII), è illustrata ampiamente la riforma apportata all'Istituto Provinciale per la protezione ed assistenza dell'infanzia.

Tale riforma fu ritenuta necessaria per adeguare l'esistente brefotrofio alle nuove disposizioni legislative espresse nei decreti sul servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati ed esposti all'abbandono. (Legge 8 maggio 1927, numero 798), e sui compiti assegnati all'O. N. per la protezione della maternità e infanzia (Legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e successivo R. D. L. 21 ottobre 1926).

L'incarico fu dato al chiarissimo prof. L. Spolverini, allora ordinario di Clinica pediatrica della R. U. di Pavia, il quale adottò a base del suo programma riorganizzativo la formula: « igiene, prevenzione, assistenza », facendo sì che il Brefotrofio, oltre ad un luogo di ricovero della prima infanzia illegittima, divenisse un centro di propaganda igienica infantile e scuola teorico-pratica, fonte di cultura e coscienza igienica a totale beneficio del bambino, senza infine trascurare la parte dell'assistenza prenatale.

In primo luogo furono radicalmente trasformati i locali già esistenti, per passar poi al loro completamento ed all'istituzione di nuovi servizi. Tra questi, i principali sono stati i seguenti: Reparto di contumacia, asilo materno con annesso ambulatorio ostetrico-ginecologico, consultorio per lattanti, scuola-convitto professionale per vigilatrici sanitarie della M. e I. e per governanti d'infanzia, cucina centrale per lattanti.

A quest'ultima istituzione, in ispecie, fu dato il massimo sviluppo, dividendola in 5 ambienti contigui per i vari servizi (recezione degli utensili sporchi, recezione del latte e diluizione preparazione e imbottigliamento, cella frigorifera per la conservazione degli alimenti, cucina speciale per pappe e miscele alimentari, dispensa).

In pari tempo furono riorganizzati i servizi sanitari e di assistenza immediata, migliorando le condizioni di ambiente, di vita e di alimentazione dei lattanti, e provvedendo alla loro sorveglianza oculata e giornaliera da parte di medici competenti, il cui numero fu adeguatamente aumentato.

Per quel che riguarda l'alimentazione, poi, mista, per ovvie ragioni, per la gran maggioranza dei ricoverati, sono da segnalarsi due innovazioni notevoli, consistenti nell'uso di farinacei più comuni (riso, orzo, farina di grano) fin dai primi mesi di vita, in dosi adeguate, e l'abolizione dei poppatoi, sostituiti da tazze di alluminio e cucchiaini metallici contrassegnati con numero proprio, con grande vantaggio per l'igiene e per la conservazione della secrezione lattea della nutrice.

Anche i divezzi ebbero migliorato il loro locale, e si istituì per essi apposito locale di isolamento.

Nè furono dimenticati i bimbi dimessi, provvedendo alla loro sorveglianza diretta per mezzo dei sanitari stessi dell'istituto.

I risultati di tali innovazioni e migliorie sono divenuti subito sensibili, nonostante che si sia trattato di un periodo di assestamento, discendendo la mortalità nel primo semestre 1928 a 18 %, mentre negli anni precedenti aveva oscillato tra 32-40 %.

Se si aggiunge a tutto questo l'istituzione collaterale dell'asilo materno e della scuola per le governanti d'infanzia, risalta evidente la somma grande di utile e proficuo lavoro espletato, a totale vantaggio di tanti miseri bambini illegittimi.

M. F.

NOTIZIE DIVERSE.

L'8° Congresso internazionale di Chirurgia.

Si è inaugurato a Varsavia l'VIII Congresso Internazionale di Chirurgia con l'intervento di oltre quattrocento chirurgi di tutto il mondo. Il gruppo più numeroso era quello italiano, comprendente quasi tutti i più noti clinici d'Italia. Il Ministro dell'Interno polacco ha presieduto la seduta inaugurale.

Il Congresso ha iniziato i lavori con una applaudita relazione del prof. A. Chiasserini di Venezia sul tema: « Causa e meccanismo dell'embolia post-operatoria ». Sulla discussione svoltasi hanno parlato vari congressisti fra i quali il senatore D. Giordano e il prof. M. Donati.

Alle discussioni degli altri temi hanno preso parte varî italiani.

Il Congresso ha chiuso i suoi lavori stabilendo che la prossima riunione abbia luogo in una città della Spagna nel 1932; nel Comitato ordinatore l'Italia è rappresentata dai proff. Alessandri, Donati e Baldo Rossi.

Hanno avuto luogo visite, trattenimenti, banchetti

Il R. Ambasciatore d'Italia, Martin Franklin, ha offerto nella sede della Ambasciata una colazione ufficiale in onore della Delegazione italiana.

Daremo prossimamente ulteriori notizie.

13° Congresso italiano di Pediatria.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di Pediatria ha indetto il XIII Congresso in Torino nei giorni 23-26 settembre.

Nelle prime sedute saranno svolte le relazioni generali e le rispettive comunicazioni: sul *Rachitismo* (prof. ZAMORANI e prof. AURICCHIO); sulle *Cardiopatie congenite* (prof. ZIBORDI e prof. FORNARA); sulle *Scuole all'aperto* (prof. GISMONDI). Nelle sedute seguenti saranno svolte le altre comunicazioni.

Hanno diritto ad iscriversi al Congresso: 1) tutti i soci della Società Italiana di Pediatria; 2) i non soci che versino in tempo utile la quota d'iscrizione di L. 80.

Tutti gli iscritti, soci e non soci, avranno diritto di prendere parte attiva al Congresso, di usufruire delle riduzioni ferroviarie e degli altri vantaggi ottenuti pei congressisti, nonchè di ricevere gratuitamente il volume degli atti del Congresso.

Il programma del Congresso con le indicazioni per gli alberghi verrà inviato a suo tempo agli iscritti. La Commissione ordinatrice d'accordo col Presidente della Società Italiana di Pediatria ha abolito quei festeggiamenti che disturberebbero l'andamento del Congresso. Però a lavori terminati, potrà venire effettuata una gita di un giorno ai Castelli Valdostani grazie al cortese interessamento di S. E. il Prefetto e dell'on. Podestà di Aosta.

La quota d'iscrizione al Congresso degli aderenti non soci va inviata al tesoriere della Commissione ordinatrice dott. Guglielmo Salvetti, Corso Bramante 29, Torino.

I titoli delle comunicazioni e tutta la corrispondenza vanno indirizzati al segretario della Commissione dott. Alfredo Lucca, Corso Bramante 29, Torino, oppure al prof. G. B. Allaria, presidente della Commissione ordinatrice.

7° Congresso italiano d'igiene.

Come abbiamo annunziato, l'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene terrà la sua 7ª riunione annua a Siena, dal 29 settembre al 4 ottobre. Saranno discussi due temi: « L'assistenza ospedaliera in Italia » e « Radioattività delle acque termali della Provincia di Siena ». I congressisti alterneranno le sedute con visite alle maggiori e più importanti istituzioni igienico-sanitarie della città; a cura del Comitato saranno inoltre organizzate gite a S. Gimignano e al Monte Amiata per la visita alle miniere di mercurio. Siena si prepara ad accogliere degnamente i partecipanti a questo importante convegno, che coinciderà con la « Settimana senese ».

Per informazioni rivolgersi al segretario generale dell'Associazione, dott. G. Palomba, via Gioacchino Belli 27, Roma (126).

Congresso francese d'urologia.

L'« Association française d'urologie » terrà il suo 19° Congresso a Parigi, presso la Facoltà medica, l'8 ottobre, sotto la presidenza del dott. Aversenq di Tolosa. Tema: « Le vescicoltiti non tubercolari », relatore il dott. Minet di Parigi. Per informazioni rivolgersi al Dr. O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris VIIᵉ.

Giornate mediche di San Sebastian.

Con vasto programma, la classe medica di San Sebastian (Spagna) ha organizzato delle « giornate mediche » dal 15 al 30 settembre. Presidente del comitato ordinatore è il dott. Emiliano Eizaguirre; segretario il dott. José Bago.

Scuola francese di stomatologia.

Ha per scopo d'impartire un insegnamento organico: 1° ai medici, francesi o stranieri, che vogliano specializzarsi nella disciplina; 2° agli studenti di medicina a partire dal 5° anno. Il programma viene svolto in 20 mesi, ossia in due anni scolastici. Tassa d'iscrizione: 2500 franchi. Il prossimo inizio dei corsi avrà luogo il 15 ottobre. Il numero dei posti è limitato. Per informazioni rivolgersi a: Dr. C. L'Hirondel, Directeur de l'Ecole Française de Stomatologie, passage Dauphine 20, Paris VIIe.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Scuola di Patologia digestiva annessa all'Ospedale della Santa Croce e di San Paolo a Barcellona, diretta dal prof. F. Gallart Mones, si terranno i seguenti corsi: 1° di patologia digestiva, dal 5 ottobre al 10 dicembre, con vasto programma; quota d'iscrizione 100 pesetas; 2° di radiodiagnosi dell'apparato digerente: corso elementare, a cura del dott. A. Pinós, contemporaneo al precedente; quota 50 pesetas; 3° esercitazioni di laboratorio: corso elementare a cura del dott. E. Fernández Pellicer, dal 7 ottobre ai primi di settembre; quota 50 pes. Per informazioni rivolgersi alla: Administración del Hospital de la Sta, Cruz y S. Pablo, Barcelona, Spagna.

Bambini residenti all'Estero in vacanza in Italia.

Anche questo anno, d'estate, parecchie migliaia di bimbi e giovanetti, di ambo i sessi, figli di lavoratori italiani residenti all'estero, trascorrono le vacanze in Italia, alle colonie marine e montane. Il magnifico risultato ottenuto dal punto di vista non soltanto profilattico ma anche sanamente nazionale della iniziativa, che ha portato un soffio nuovo di idealità e di volontà patriottica fra i nostri connazionali di oltre confine, ha indotto la Segreteria dei Fasci all'estero a dare quest'anno uno sviluppo anche maggiore all'organizzazione. Secondo i dati che si conoscono fino ad oggi, la Segreteria dei Fasci all'estero farà venire complessivamente in Italia durante l'estate 12.000 figli di italiani all'estero (nello scorso anno ne furono ospitati 7200).

La Cassa di assicurazione per malattie della gente di mare.

Una circolare della Cassa Invalidi della Marina Mercantile, diretta a tutti gli armatori della Marina Mercantile Italiana, informa che dal 1° luglio è entrata in funzione la Cassa di Assicurazione per le malattie e per l'assistenza sociale della gente di mare e dell'aria.

I contributi provvisori di assicurazione saranno addebitati alla Cassa Invalidi della Marina Mercantile.

La misura dei contributi stessi da computarsi sulla competenza convenzionale sulla quale si

commisurano i contributi ordinari della Cassa Invalidi è stata stabilita nelle seguenti quote: 5 per cento delle dette competenze convenzionali per navi da carico e miste; 4 per cento delle dette competenze convenzionali per le navi da passeggeri; 2 per cento delle dette competenze convenzionali per la Marina a vela.

Tubercolosi ed industrie.

Dalla stampa estera è stata illustrata con parole di lode la organizzazione antitubercolare di Milano, e di recente è stato posto in particolare rilievo uno studio, oltremodo interessante ed in gran parte nuovo, che viene effettuato dall'Ufficio d'Igiene del Comune sui rapporti esistenti fra lavoro e tubercolosi. Tale studio fu promosso due anni or sono dalla Lega della Croce Rossa, Ufficio internazionale di Parigi, e dall'allora Podestà, on. Belloni, ed affidato al compianto prof. Scarpellini che l'iniziò e condusse con la collaborazione del dott. Calvini.

L'attuale Podestà S. E. il Marchese De Capitani d'Arzago ha deciso di continuare uno studio di così alto interesse e, d'accordo col Consultore prof. Baslini, ne ha affidato la prosecuzione al prof. Tron, medico capo.

L'Ufficio Internazionale d'Igiene Pubblica di Parigi, già edotto dei primi risultati, prende vivo interesse allo svolgimento di questi studi.

L'on. prof. Santoliquido, Delegato di Sanità internazionale alla Lega della Croce Rossa di Parigi, è stato incaricato di seguire da vicino le indagini destinate a trovare fatti nuovi, ed a fissare capisaldi utili per la soluzione dei problemi attinenti al lavoro considerato come agente morbigeno.

Gli industriali, prima la Soc. Pirelli, hanno acconsentito che i loro stabilimenti divengano centri di tali studi con la mira di contribuire a che le più efficaci provvidenze siano adottate per tutela della salute degli operai.

Provvidenze a favore delle maestre gestanti a Torino.

Il Podestà di Torino, considerando insufficiente il periodo massimo di congedo di due mesi a stipendio intero alle maestre che intendano allattare il neonato, o in caso di complicazioni sopraggiunte al parto, e non considerando equa, in questo specifico caso, la norma che stabilisce che al maestro il quale durante l'anno scolastico non abbia insegnato almeno 140 giorni con orario completo, viene computato, ai soli effetti dell'anzianità, solamente mezzo anno di servizio, ha concesso le seguenti agevolazioni alle maestre gestanti, a partire dal 1° aprile: 1) concessione di un congedo, a stipendio intero, di 2 mesi, a decorrere da un mese prima del parto; 2) concessione di un ulteriore congedo da uno a due mesi, a seconda delle necessità, pure a stipendio intero, in caso di sopravvenute infermità dipendenti dal parto, accertate mediante visita dell'Ufficio d'Igiene; 3) proroga di due mesi di congedo anche a favore delle maestre puerpere che allattino esse stesse i neonati; 4) computo, agli effetti dell'anzianità, del periodo di assenza dalla scuola, in dipendenza del parto, a deroga del disposto dell'art. 149 del T. U. 5 febbraio 1928, di cui più sopra è fatto cenno.

Per l'Università di Siena.

Per venire incontro ai bisogni finanziari dell'Università di Siena si sono riunite in quel palazzo del Governo i rappresentanti di tutti i 36 comuni della provincia.

Il Consigliere di Prefettura Baiardi ha letto il contratto col quale tutti gli Enti si obbligano a favore dell'Università ad un contributo annuo di L. 1.872.701,25.

Dopo la lettura dell'atto ha preso la parola il Prefetto per esaltare il nobile gesto compiuto dagli Enti. Il rappresentante del Rettore, prof. Raimondi, ha ringraziato.

L'Ospedale di S. Spirito in Roma.

Senza cerimonie e solennità pubbliche, sono stati iniziati i lavori per la costruzione del nuovo grande edifizio che, a complemento dell'Ospedale di Santo Spirito, sorgerà sul Lungo Tevere in Sassia.

Con questo edifizio, che è il coronamento di altre costruzioni e ricostruzioni, il vecchio e glorioso nosocomio viene completato in ogni sua parte e, mentre si conservano gelosamente le sue antiche magnificenze artistiche, lo si porta all'altezza dei più recenti ospedali.

Di ciò si ha una parziale realizzazione anche nei nuovi laboratori scientifici dello stesso ospedale, entrati recentemente in opera e che rispondono a tutte le esigenze.

Il nuovo Ospedale di Napoli.

I Duchi d'Aosta si sono recati a visitare i lavori del nuovo grande ospedale che per volere esclusivo del Duce e per la forza creativa del Regime fascista, sorgerà a Napoli nella bella e salubre zona dello Scudillo.

I Principi erano accompagnati dall'Alto Commissario e dal corpo tecnico.

I lavori sono già abbastanza avanzati; vi sono addetti 450 operai.

Riordinamento d'Istituti ospedalieri.

Le amministrazioni dei seguenti istituti ospedalieri sono state autorizzate, ai fini della propria riforma organica e del riordinamento del personale, ad avvalersi della disposizione del R. Decreto-legge 20 febbraio 1927, n. 298, fino al 31 dicembre 1929: Istituti ospedalieri e Case pie annesse in Milano, Civico Ospedale di Lecco, Ospedale Civile Fornaroli in Magenta.

L'Ospedale di Carità di Asti è stato distaccato dalla Congregazione di Carità e fuso con l'Ospizio cronici Umberto I.

Al Pio Istituto Bassini.

Ha avuto luogo l'assemblea generale del Pio Istituto Bassini per gli erniosi poveri di Milano e delle Provincie Lombarde. L'assemblea, sotto la presidenza del conte on. Febo Borromeo, constatò il sempre crescente sviluppo dell'Istituto. Dalle relazioni presentate risultò che nel 1928 vennero operati 800 soggetti con felice esito, e che nei primi mesi del 1929 la proporzione era aumentata. I soci convennero nel proposito d'intensificare l'opera di propaganda a favore dell'Istituto, stante i suoi molteplici e crescenti bi-

sogni, onde possa essere maggiormente conosciuto e apprezzato nelle sue alte finalità.

Un Ospedale ricostituito a New York.

Il « Kings County Hospital » di Brooklyn verrà ricostruito e ingrandito: potrà accogliere altri 1500 pazienti; avrà un aspetto monumentale. L'edifizio sarà « a prova di fuoco ».

Nuovo ospedale al Congo.

La Missione Americana Battista ha inaugurato un nuovo ospedale fatto erigere a Ntondo, sul lago Tumba; esso porta il nome di Ospedale Tremont, in onore della chiesa battista di Boston che ha maggiormente contribuito alle spese.

L'Ospedale è attrezzato nella maniera più moderna: comprende impianti radiologici, laboratori batteriologici e chimici, una sala operatoria, un dispensario, una farmacia, ecc., nonchè le abitazioni per gli assistenti medici indigeni, ecc. Sarà diretto dal dott. Hjalmar Ostrom, che ha già spiegato un'intensa attività a favore di quelle popolazioni.

Alla cerimonia inaugurale parlarono, in francese, il commissario del distretto e il rappresentante il governo della provincia, e in lingua indigena l'amministratore territoriale e due congolesi cristiani. Intervennero alla cerimonia anche molti missionari cattolici e uno di essi pronunziò un'allocuzione, dando prova di sincero affratellamento cristiano con i missionari protestanti.

L'ospedale verrà ulteriormente ingrandito con un lazzaretto per i colpiti da malattia del sonno e con una infermeria per i bianchi.

Dispensario antitubercolare a Bari.

Il Comune di Bari e il Consorzio, con perfetta solidarietà fascista, hanno assunto l'impegno di finanziare la costruzione di un grande dispensario il cui progetto è stato già compilato. In pendenza della risoluzione integrale, che sarà veramente degna di Bari, dell'assillante problema, va convenientemente apprezzato in tutta la sua importanza il provvedimento adottato dalla Giunta esecutiva del Consorzio di istituire il dispensario in comodi e vasti locali a piazza Massari, che saranno convenientemente sistemati e forniti di tutti i presidi scientifici per gli accertamenti radioscopici e batteriologici. Negli stessi ambienti troveranno posto anche i servizi per il rilevamento statistico, per le ispezioni a domicilio, per la distribuzione dei medicinali, ecc.

Ambulatorio comunale di neuropsichiatria a Torino.

Si è aperto a Torino, nei locali della Scuola comunale per anormali psichici, un ambulatorio gratuito per malattie infantili nervose e mentali, con dispensario pure gratuito di medicinali per i piccoli malati poveri. Il Comune di Torino completa così la benefica opera di assistenza ai bambini frenastenici, ai fini della possibilità della vita consociata. L'ambulatorio integrerà efficacemente l'opera della scuola, accogliendo e curando i bambini che per l'età o per particolari altre condizioni, non possono trovare posto nella scuola stessa, e sarà come una casa di ristoro per i dimessi da questa, mentre — ed è forse il compito più utile che spetta all'Ambulatorio — permetterà alle famiglie dei dimessi un'assistenza altrimenti non possibile.

Asili-nido.

Si è inaugurato il nuovo « Nido dei bambini » istituito dall'O. N. M. I. negli Alberghi Popolari della Garbatella a Roma; la cerimonia venne presenziata da S. A. R. la Principessa Giovanna.

Si è iniziata a Perugia l'attività del nuovo « Asilo-Nido » aperto a cura dell'O. N. M. I. nei locali generosamente offerti dall'Ente Autonomo Annibale Vecchi.

Elargizioni e lasciti.

L'americano Augusto Heckher, conosciuto col nome di « re dello zinco » perchè proprietario di miniere e officine industriali di tale metallo, ha versato la somma di 4 milioni di dollari, pari a circa 80 milioni di lire it., per la creazione di una clinica pediatrica.

Il sig. George F. Baker, volendo onorare il suo amico personale e medico di famiglia dott. George David Stewart, professore di clinica chirurgica all'Università di New York, ha donato a questa Università un milione di dollari, pari a circa 20 milioni di lire it., affinchè venga istituita una Fondazione intitolata allo Stewart, destinata a promuovere l'insegnamento della chirurgia in detta Università.

La signora Luigia Rossini vedova Antonini ha lasciato suo erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, il quale eredita così una somma non ancora precisata ma che si aggirerà certamente intorno a due milioni.

Il testamento della generosa donatrice assegna anche diversi legati ad altre pie istituzioni della città fra cui l'Istituto dei ciechi ed il Patronato di Sant'Antonio.

In occasione del suo trasferimento all'Università di Roma, il prof. Guglielmo Bilancioni ha voluto dimostrare il sentimento di affetto e di gratitudine che lo legano all'ateneo pisano. E per concorrere al rinascimento eugenetico della Nazione, comandato dal Duce per il bene della stirpe, ha offerto L. 10.000, affinchè venga istituito un premio triennale da concedersi a un giovane laureato nell'ateneo pisano, il quale scriva un lavoro sulle malattie ereditarie, familiari, socialmente deleterie o comunque interessanti problemi di eugenica nel campo della clinica oto-rino-laringologica.

La signora Lina Agosti Visconti ha elargito 10.000 lire all'Opera di previdenza antitubercolare infantile di Milano, in memoria della figlia Annamaria; la signora Nina Amigoni ved. Radaelli ha elargito L. 1000 alla stessa opera, in memoria del consorte Angelo; la signora Henriette ved. Norsa ha messo la somma di L. 4000 a disposizione dell'on. Starace, che l'ha destinata all'O. N. Maternità e Infanzia.

Il dentista Edoardo Bajola Parisani, ad onorare i suoi parenti, ha istituito un premio di lire mille, da conferirsi all'allievo della Scuola di specializzazione in Odontoiatria e protesi dentaria dell'Università di Roma, che nell'esame di diploma presenti il migliore apparecchio di protesi da lui interamente confezionato.

Lo scrittore scozzese Sir James Barrie ha ceduto all'Ospedale per bambini di Londra i diritti d'autore, presenti e avvenire, derivantigli dal suo dramma « Peter Pan », che gode d'immensa po-

polarità nel pubblico infantile anglo-sassone. Il dramma viene rappresentato ininterrottamente dal 1904; esso rende circa mezzo milione di lire l'anno.

Per la radiumterapia dal cancro in Inghilterra.

Abbiamo già dato notizia, nel N. 23, del movimento determinatosi in Inghilterra, come in altri Paesi, per l'acquisto di quantitativi ingenti di radium, e ciò in seguito ai recenti successi della nuova terapia.

Ora è stato lanciato un appello per la raccolta di fondi; esso reca le firme dei presidenti del Collegio Reale dei Medici e del Collegio Reale dei Chirurghi, nonchè di altre personalità mediche spiccate del Regno Unito. L'appello pone in evidenza le enormi sofferenze e gl'incalcolabili danni cagionati dal cancro; basti dire che nel Regno Unito il cancro dell'utero uccide ogni anno 4000 donne, quasi tutte madri. Il radium si è dimostrato un mezzo curativo efficace, ma a condizione d'impiegarlo a dosi altissime. L'appello stima che basterebbe un fondo pari a 25 milioni di lire it. per fronteggiare i bisogni del momento.

Nel corso di una sola settimana, non solo tale richiesta venne colmata, ma si sono raccolti 32 milioni. Un anonimo, da solo, ha donato circa 10 milioni. Delle somme raccolte, 15 milioni circa sono stati destinati al « National Radium Fund ».

Per i cardiopatici in Francia.

È stata fondata in Francia l'opera « Aide aux cardiaques », designata come « Fondation Dike » in ricordo della donna benefica che ne ebbe l'idea.

Presidente ne è il prof. Vaquez; tesoriere il dott. Bouchet, direttore dell'« Hôpital de la Pitié » di Parigi.

Conferenza sui problemi dell'alimentazione.

I proff. C. Foà e P. Rondoni, ordinari rispettivamente di fisiologia e di patologia generale presso la R. Università di Milano, hanno tenuto all'Istituto fascista di coltura in questa città una conferenza sull'alimentazione e sui varii importanti problemi sociali e sanitari che ad essa si riconnettono. I due illustri conferenzieri hanno riscosso il più vivo plauso dell'eletto uditorio.

Il prof. Wenckebach.

Il 27 luglio il prof. Karel Frederik Wenckebach prese congedo dalla vita universitaria.

Con l'abituale forma smagliante e densa di umorismo, egli espose le ragioni che lo hanno indotto ad abbandonare volontariamente la scuola, molto prima di essere raggiunto dai limiti di età; dacchè egli conta solo 58 anni. All'incirca, disse di non volere essere colpito dall'angina pectoris, come tanti altri colleghi, dopo un distacco alquanto tardivo. Rievocò la sua carriera; dopo essere stato assistente di anatomia a Utrecht, egli fu per 5 anni medico rurale. I suoi lavori sull'aritmia cardiaca gli valsero la cattedra di Groninga; poi fu chiamato a Strasburgo, quale successore di Naunyn, ed infine alla 1ª clinica medica di Vienna. Attribuì il successo raggiunto al suo metodo didattico; malgrado, però, 58 semestri d'insegnamento, non saprebbe ancora dire quale sia il metodo migliore. Promise di lavorare ancora e di consegnare in un trattato la sua esperienza sulle cardiopatie.

Onoranze ai fratelli Mayo.

In occasione del giubileo di diamante della città di Rochester (Minnesota), l'11 giugno venne scoperta una lapide la quale dice: « Quale tributo ai più illustri cittadini di Rochester, William James Mayo e Charles Horace Mayo, chirurghi, scienziati, benemeriti della città ». La Facoltà ha istituito una Conferenza annua, destinata ad illustrare i progressi recati dai Mayo alla medicina; il dott. H. S. Plummer ha chiesto l'onore di tenere la prima conferenza, e gli è stato accordato.

Onoranze al prof. Di Vestea.

Nell'Istituto Universitario di Igiene di Pisa ha avuto luogo una solenne cerimonia in onore del prof. Alfonso Di Vestea, il quale, dopo 37 anni di insegnamento, lascia la cattedra per aver raggiunto il limite di età. Il prof. Di Vestea, scienziato di grande fama, ha organizzato in Italia il primo istituto per la cura antirabbica e fu l'iniziatore della educazione professionale dei nostri mutilati.

Alla cerimonia erano presenti tutte le autorità politiche e sindacali, numerosissimi professori d'Università e rappresentanti di associazioni e di scuole. Il segretario del Comitato per le onoranze, dott. Sepri, dopo aver rievocato le benemerenze del festeggiato, ha annunciato che una lapide sarà murata sulla facciata dell'Istituto per la cura antirabbica, perchè i posteri sappiano con amore e riconoscenza ricordare il prof. Di Vestea. Sarà anche istituita una borsa di studio. Hanno parlato poi vari professori, e a tutti ha risposto, visibilmente commosso, il festeggiato.

Onoranze ad un medico condotto.

Il 30 giugno, in occasione del collocamento a riposo, il dott. Zuppa, che fu per 36 anni medico condotto di S. Marco dei Cavoti, fu fatto segno a solenni manifestazioni di stima e di affetto per parte delle autorità e di tutta la popolazione.

Commemorazione del dott. De Probizer.

Il dott. Guido De Probizer, vero apostolo della lotta contro la pellagra, è stato solennemente commemorato a Rovereto, nel trigesimo della morte. Intervennero alla mesta cerimonia i proff. Devoto, Antonini, Ambrosi e Bezzola; erano inoltre presenti numerose autorità e molti amici dello scomparso. Oratore ufficiale è stato il prof. Devoto, il quale, con una dotta esposizione storico-analitica della teoria maidica della pellagra, ha messo in evidenza i meriti particolari del commemorato. La cerimonia si è chiusa con la consegna alla vedova di un'artistica medaglia d'oro, fatta coniare da amici ed enti, e con la consegna all'Accademia degli Agiati di un medaglione di bronzo riproducente l'effigie del De Probizer.

Una filantropa.

È morta a Parigi la signora Arnold Seligmann, decorata dalla Legion d'Onore. Fu una donna di gran cuore e d'intelligenza superiore, che si era consacrata alle opere di beneficenza, con una devozione e una bontà straordinarie. Dopo la guerra aveva fondato « Le Placement Familial des Tout-Petits », complemento dell'Opera Grancher per la protezione della prima infanzia contro la tubercolosi. Nell'Ospedale Laënnec fu per anni la

provvidenza dei malati che passavano pel servizio al quale ella era addetta come « assistente sociale » e che beneficavano della sua generosità.

Suore premiate.

All'Ospedale Civile di Parma sono state decorate con medaglia d'oro quattro suore, per la lunga e affettuosa assistenza ai ricoverati.

Alla cerimonia intervennero autorità e rappresentanze.

Vittime dei raggi.

Il prof. Carlo Mariani, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Schio (Vicenza), d'intesa con il presidente della Società Italiana di Radiologia Medica prof. R. Ralli, raccoglierà la documentazione dei sanitari italiani che, nell'esercizio professionale, sono rimasti comunque lesionati dall'azione dei raggi Roentgen o di corpi radioattivi.

Egli prega di volergli comunicare le notizie di cui si fosse a conoscenza a tale riguardo: oltre il nome dei radiopazienti medici, possibilmente un sunto della storia clinica, l'esame obbiettivo, il decorso, la terapia, l'esito, l'attitudine residua al lavoro professionale; sarebbe anche bene di aggiungere documenti fotografici delle lesioni.

I lesionati furono relativamente più numerosi durante i primi tempi della radiologia e nel periodo bellico; però anche oggi, malgrado i migliorati mezzi protettivi, il numero dei medici radiopazienti non è lieve, a causa della crescente diffusione nell'uso delle radiazioni ad alto potere di penetrazione; onde l'utilità di un'inchiesta.

Aumento di medici in Francia.

Nel 1901 si contavano in Francia 16.485 medici su 38.500.000 abitanti; nel 1928 essi erano 28.380 su 39.500.000 abitanti, con un aumento del 70 %.

L'aumento non accenna ad arrestarsi, come si desume dal numero d'iscrizioni nelle scuole mediche: nel 1922 furono 1349; negli anni successivi passarono a 1398, 1682, 1900, 2211, 2414, il che segna un aumento complessivo del 78 %.

Siccome la popolazione francese è quasi stabilizzata, un così considerevole incremento di medici non può che destare preoccupazioni e quasi un senso di allarme nella classe.

I medici al Parlamento inglese.

Le recenti elezioni hanno portato alla Casa dei Comuni 16 medici iscritti ed esercenti, contro 13 della precedente legislatura. Due medici sono membri della Camera dei Signori: lord Dawson e lord Moynihan. Il nuovo ministro dell'igiene è M. Arthur Greenwood; sottosegretario è miss Susan Lawrence.

Le pensioni per i professori universitari negli Stati Uniti.

Nel 1905 il noto miliardario Andrew Carnegie istituiva una fondazione di 10 milioni di dollari, pari a circa 200 milioni di lire italiane, per provvedere alle pensioni dei professori universitari, la cui funzione, negli Stati Uniti, non è statale e quindi non dà diritto a pensione governativa.

Con successive donazioni il capitale venne poi elevato ad oltre 30 milioni di dollari.

Ora il presidente della fondazione, H. S. Pritchett, annunzia di essere costretto a ridurre la quota delle pensioni, in base ai calcoli attuariali, relativi al prolungamento medio della vita dei professori pensionati e all'incremento degli iscritti, il quale fu specialmente notevole nel 1922 in seguito al riconoscimento di molti « collegi associati ».

La riduzione interesserà circa 2800 persone. Invece circa 1100 insegnanti e vedove d'insegnanti continueranno a ricevere l'attuale emolumento.

Per evitare la riduzione, occorrerebbe che il fondo raggiungesse 50 milioni di dollari, ossia circa 1 miliardo di lire it.; non è escluso che si riesca a raccogliere questa ingente somma.

Contro i rumori inutili.

Due Società Mediche dell'Indiana (Stati Uniti) hanno votato degli ordini del giorno, affinchè le autorità si adoperino a ridurre i rumori molesti non necessari, i quali rendono il lavoro più penoso e il sonno meno riparatore, aggravano i disturbi nervosi e danneggiano anche i soggetti perfettamente normali. In specie il traffico stradale dovrebbe rendersi meno rumoroso.

Si fa rilevare che l'intensità del lavoro, dei traffici e della produzione non è necessariamente parallelo all'intensificarsi e al moltiplicarsi dei rumori.

Per un diploma di chirurgica in Francia.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato una Commissione, presieduta dal prof. Brouardel, per esaminare se non convenga d'istituire in Francia un diploma speciale di chirurgo, il quale autorizzi a compiere le operazioni più difficili e delicate, limitando l'attività dei medici sforniti di tecnica.

La Commissione riferirà in ottobre. Contemporaneamente verrà discussa anche la relazione di Le Gendre e Brouardel sull'Ordine dei Medici.

(Notiamo che i due problemi sono già stati risolti in Italia).

Il conte dott. SHIPLI GOTO, morto a 74 anni, è stato uno degli uomini più eminenti del Giappone. Attraverso la sua carriera politica, non dimenticò mai la qualità di medico.

Quale capo dei servizi d'igiene, organizzò in modo perfetto l'ispezione medica generale delle truppe reduci dalla guerra cino-giapponese. A lui si deve anche la prima regolamentazione del commercio dell'oppio.

Fu nominato governatore dell'isola di Formosa poco dopo l'annessione di questa al Giappone; poi fu ministro dell'interno, degli esteri, delle comunicazioni e commercio.

Fu anche sindaco di Tokio, ma lasciò questa carica poco dopo la guerra, per avviare dei negoziati ufficiosi col Governo dei sovieti.

Ai funerali intervenne l'Imperatore, il quale conferì alla salma il rango di Seniore della Seconda Coorte e tenne un'allocuzione per esprimere il suo intenso dolore per la perdita ed encomiare i servizi resi dal conto Goto al Paese.

È morto a 69 anni il dott. LOUIS RENON, che dirigeva i due pedocomi di Parigi: il Trousseau e il Bretonneau; ha fondato la « Société de Pédiatrie » e la « Société des amis des hôpitaux des enfants »; creò moltissimi dispensarî; ha pubblicato una serie di articoli apprezzati negli « Archives de Médecine des enfants » e ne « Le Nourisson ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. p. le Sc. Med., giu. — E. POLACCA. Azione del lavoro sullo sviluppo del callo osseo. — C. CHIAUDIANO. Cistite cistica.

Haematologica, III. — A. FONTANA. Mielosi eritremica pseudoaplastica. — A. ARRIGONI e M. CALABRESI. Morbo di Werlhof.

Paris Méd., 22 giu. — C. RICHET. I regimi d'eliminazione nell'anafilassi aliment. — HADJISSARANTOS. Il lipiodol nella diagnosi d. affez. polmon.

Rev. Méd. de Chile, mag. — A. VILLAROEL e al. Emoglobinurie tossiche. — E. DUSSERT. Ascesso polm. guarito con la vaccinoter.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, giu. — L. G. GAZZOTTI. Lussaz. congen. inveterata dell'anca. — R. PECCO. Infezioni secondarie nella tbc. polm.

Morgagni, 16 giu. — A. BRUGI. Reaz. di Benedek e Thurzò.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 16 giu. — G. USSEGLIO. Uricemia e uricuria.

Prensa Méd. Argent., 30 mag. — R. VACCAREZZA e al. Reazione sanguigna ed equilibrio calcio-potassico.

Arch. di Ost. e Gin., giu. — TESAURO. Calcificazione dei neoplasmi dell'utero. — ROSSI. Azione degli estratti di placenta sul calcio del sangue.

Arch. It. di Dermat. ecc., apr. — M. ARTOM. Esantema da sintalina. — E. CIAMBELLOTTI. Tecnica della r. di Wassermann.

Soc. d. Hôp., 7 giu. — A. CAIN. Meningite tbc. guarita. — MILIAN e PÉRIN. Amenorrea sifilitica.

Journ. A. M. A., 8 giu. — F. e G. H. DICK. Immunizzaz. antidifterica. — W. R. GRAVES e I. D. MICHELSON. Meningococciemia cronica.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — B. F. SCHREINER. Miomi maligni. — A. H. PEACOCK. Ascessi perinefritici. — M. CUTLER. Transilluminazione nella diagn. delle affezioni del seno.

Acta Dermato-Vener., 2. — C. R. SCHLOSSMANN. Blastomycosis cutis. — S. OSTROWSKY. Tossicologia del sist. vegetativo. — F. KRYSTALOWICZ. Manifestazioni eczematiformi da piogeni.

L'Ateneo Parmense, mag.-giu. — L. FECI. Tbc. del ginocchio trattata chirurgicam.

Münch. Med. Woch., 21 giu. — GEHRKE. Organoterapia delle malattie del fegato e vie bil. — ZIMMER e FEHLOW. Trattam. del morbo di Basedow con sangue di animali. — WEICHARDT. Carcinofilia.

Riforma Med., 15 giu. — S. DE CANDIA. « Matronismo precoce » di Pende. — G. GIANTURCO. Cura delle artriti purulente del ginocchio col met. Willems.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discussioni su: osteo-artriti, antisettici urinari, dermatosi industriale, encefalo-mieliti. — Casistica.

Folia Medica, 15 giu. — SANCHIRICO. La funzione respiratoria nei lavoratori della voce.

Morgagni, 23 giu. — E. SANFILIPPO. Tubercolosi polmon. primaria. — T. RICOZZI. La stipsi cronica.

Tubercolosi, mag. — M. MAZZETTI. Ipotonia e paralisi meccanica del diaframma nel pneumotorace artif.

Jornal dos Clinicos, 15 mag. — R. JEMMA. Disfunzioni vitaminiche nella genesi del rachitismo. — O. DE SOUZA. Il problema del beri-beri.

Pediatria, 1 lug. — A. MACCHI. Reazioni immunitarie trasmesse al sangue placentare e a quello del figlio.

Rif. Med., 22 giu. — M. FIORENTINO. Dosaggio del colesterol in piccole quantità di sangue.

Journal de Méd. de Bordeaux, 30 giu. — BEAUVIEUX. Angiospasmi delle vie ottiche.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 giu. — Numero di neurologia.

Wien. Klin. Woch., 27 giu. — HESS. L'innervazione autonoma. — SCHLESINGER. Sifilide gastrica.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXVI — Roma, 12 Agosto 1929 — Num. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

R. Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma

diretta dal Prof. GHERARDO FERRERI.

Sulle nevrosi riflesse nasali.

Prof. GUIDO GUIDA.

Fisiologicamente noi intendiamo per nevrosi riflesse una involontaria reazione determinata da un qualsiasi stimolo su di un dato organo terminale senza compartecipazione alcuna della sfera psichica.

Il meccanismo di azione dei fenomeni riflessi di origine rinica è assai semplice; infatti a mezzo delle comuni vie centripete lo stimolo arriva al centro e da qui viene ritrasmesso alla periferia, determinando in tal modo degli eccitamenti nervosi involontari; mentre alcuni di essi si sviluppano senza compartecipazione della coscienza, altri invece si determinano sotto il controllo della coscienza, non escludendo che possono anche venire influenzati dalla volontà.

Numerosi studi sperimentali eseguiti dimostrano come dalla mucosa nasale abbiano punto di partenza importanti riflessi che interessano diversi sistemi del nostro organismo, ma con maggiore frequenza il sistema respiratorio ed il circolatorio.

Non di rado accade di vedere dei disturbi nervosi locali o a distanza che si presentano contemporaneamente ad una lesione nasale e che possono venire prodotti artificialmente con la stimolazione delle mucose e sospendersi con la soppressione dell'eccitabilità della pituitaria; questi fatti ci dimostrano in modo evidente l'esistenza di veri e propri rapporti intimi fra sintomi osservati ed affezioni nasali.

È certo che alcune nevrosi, come quelle dell'asma nasale, alle volte non rappresentano altro che una manifestazione di alterata funzionalità del primo tratto delle vie respiratorie e possono scomparire con le semplici causticazioni e con la decorticazione dei turbinati, mentre altre volte non si ottiene giovamento alcuno, ma si ha notevole vantaggio solo con la terapia opoterapica. Non è improbabile che questo stato patologico si debba attribuire ad

un alterato squilibrio metabolico della parte specificamente endocrina della mucosa nasale.

I riflessi che hanno come punto di partenza la mucosa nasale si possono dividere in due gruppi: *riflessi respiratori* che stanno sotto il dominio delle terminazioni trigeminali e *riflessi dell'odorato* che stanno sotto il dominio dell'olfattorio e dipendono da una più o meno morbosa ipereccitabilità delle loro terminazioni.

Cerchiamo di esporre qualche dato anatomico per spiegare alcuni fenomeni e per renderci conto di alcune manifestazioni fisio-patologiche.

La mucosa del naso può essere divisa in due parti: l'una anteriore innervata dal 1° ramo del V, che si distribuisce sulla parte esterna del naso e sulle cellule etmoidali anteriori; l'altra porzione posteriore innervata dalla seconda branca del trigemino.

Nella prima parte, cioè nell'anteriore, prevale il nervo etmoidale; nella porzione posteriore i rami nasali del nervo sfeno-palatino che sono collegati con il ganglio omonimo.

Ora è ovvio che le due porzioni della mucosa del naso innervate differentemente si comportano in modo diverso; anzi potremo dire di avere due specie di nevrosi: l'anteriore o etmoidale e la posteriore o sfenoidale.

Dati questi rapporti intimi qualunque eccitazione del naso dovrà ripercuotersi all'occhio determinando una fenomenologia oculare (arrossamento della congiuntiva, della caruncola lacrimale, lacrimazione, fotofobia, ecc.).

Gleitzmann divide i fenomeni riflessi in *nevrosi spastiche, sensitive e vasomotorie*. Bilancioni invece classifica i riflessi: 1) *secondo la natura* (motori, vaso-motori e secretivi) ai quali si aggiunge di solito una serie di disturbi sensitivi e sensoriali la cui natura riflessa e il meccanismo di produzione sono ancora oscuri; 2) *secondo il punto di partenza* (riflessi di origine sensitiva e di origine sensoriale); 3) *secondo il loro punto di arrivo;* in manifestazioni locali e a distanza.

Nel complesso quadro etiopatogenetico dei fatti riflessi rinici bisogna vagliare e discriminare bene le cause e stabilire i moventi determinanti per l'opportuno trattamento terapeutico; in generale si dà maggiore importanza alle polveri che sono contenute nell'aria, alle emanazioni odorifere, alle variazioni di temperatura e non rare volte anche al cambiamento di pressione.

Le polveri, depositandosi, nei periodi inspiratori, sulla mucosa nasale, a lungo andare producono un certo stimolo sulle terminazioni trigeminali e specialmente quelle di dati ambienti contenenti sostanze chimiche, le quali costituiscono stimoli irritativi, più energici.

Oltre a queste cause esogene vi può essere la possibilità dello sviluppo delle nevrosi da cause endogene: infatti vi sono i sostenitori della teoria endocrino-simpatica, per cui i fatti riflessi sarebbero determinati da un vero e proprio squilibrio degli ormoni specifici delle glandole endocrine, le quali presenterebbero una ipo- o iperfunzionalità; mentre in antico sconoscendo l'etiopatogenesi endocrina, si dava quasi sempre valore al terreno neuro-artritico famigliare.

Inoltre vi sono fattori predisponenti, come le deformazioni ossee, determinatesi durante lo sviluppo e anche l'ereditarietà, che trasmettendo dei veri e propri caratteri somatici predispongono alle affezioni riflesse.

La distribuzione delle fibre simpatiche sulla pituitaria ci spiega alle volte un legame fra i vari disturbi rinici e i fenomeni principali del nostro organismo (cardiaci, respiratori, fonatori, gastrici) i quali invece non rappresentano altro che ripercussioni di eccitamenti sulla mucosa nasale, che trovano il meccanismo e la via di distribuzione nel sistema simpatico. Anche le vegetazioni adenoidi per la loro posizione nella volta faringea, producono alterazioni del respiro fisiologico fra le vie nasali e i polmoni; ora su questo stato patologico particolare, per la imperfetta funzionalità pneica, viene a stabilirsi una spiccata ipersensibilità del sistema nervoso alle irritazioni periferiche, per cui si viene a determinare l'insorgenza della tosse o dell'asma riflesso.

Nè sono da trascurarsi le varie alterazioni ossee, conseguenza dell'adenoidismo (ristrettezza delle coane, deviazione del setto), che eventualmente contribuiscono alla etiopatogenesi neuroriflessa.

Inoltre ad aumentare il quadro sintomatologico dei riflessi si aggiunge il X paio il quale provvede alla innervazione della mucosa nasale ed a quella degli organi di respirazione, fonazione, circolazione e digestione.

Esposte queste considerazioni, è facile dare un'interpretazione alla patogenesi dei fenomeni riflessi nasali.

In verità le terminazioni dei rami simpatici, rappresentano le vie di trasmissione degli eccitamenti riflessi per gli organi più lontani (reni, cuore, fegato, organi genitali) con cui hanno connessione, mentre il trigemino rappresenta la via di trasmissione per gli organi della testa (occhi, faringe, laringe ed orecchi).

Per la valutazione del complesso problema

fisio-patologico dei riflessi di origine rinica non bisogna essere assolutisti, poichè vi sono casi in cui il meccanismo di produzione riflesso è dato da genesi simpatica, mentre alle volte è di origine trigeminale.

Ferreri attribuisce al simpatico « *la serie dei disturbi che hanno un fondamento anatomico fisiologico rilevabile obbiettivamente (forme vaso-motorie) e al trigemino il complesso dei fenomeni essenzialmente sensitivi* »; tali criterî patogenetici spiegano in modo evidente la genesi di alcune nevrosi riflesse.

Circa il determinismo dei riflessi prende parte importantissima l'iperestesia della pituitaria, anzi sulla base di una iperestesia nasale è facile lo sviluppo delle nevrosi riflesse.

La sensibilità della pituitaria deve essere studiata ed analizzata con il solletico e con il dolore, e ciò per esaminare e per poter stabilire meglio quali sono i punti più sensibili e le zone riflessogene.

Non rare volte succede infatti di trovare individui con la mucosa nasale in uno stato di ipersensibilità esagerata, infatti il solletico è avvertito da loro in una maniera molto più vivace ed intensa; possiamo dire che gli stimoli sono in rapporto alla maggiore o minore iperestesia della mucosa.

L'ipersensibilità della mucosa nasale costituisce il punto di passaggio fra lo stato normale e patologico; e si ritiene che ne vadano soggetti con più frequenza gli individui che abitano nei centri popolosi, dove l'aria ricca di pulviscolo e di impurità, a lungo andare diviene causa irritativa.

Assai vasta è la zona della mucosa nasale che determina la produzione dei riflessi; tutta la mucosa di rivestimento della coana, del turbinato, del setto e del vestibolo, può causare dei fatti riflessi (Hack); alcune zone sono credute come punto di predilezione (Zone di Bonnier). Killian ritiene che la zona più eccitabile si trovi in corrispondenza del tubercolo del setto e nella mucosa della parete nasale laterale.

Anche la mucosa del cavo specie in corrispondenza dell'orificio tubarico può dare fatti riflessi: Bilancioni ha potuto constatare che durante il cateterismo si determina tosse, starnuto e lacrimazione.

Infine fra le sostanze irritanti e velenose, esistono alcuni stupefacenti, di cui la gioventù moderna fa tanto abuso, e fra questi la cocaina che per l'azione irritante, leggermente caustica viene a stabilire degli squilibri vasomotori e sensoriali, ed anzi per Ferreri, i fenomeni della cocainomania non sono altro che manifestazioni riflesse degli eccitamenti della pituitaria, trasmesse a mezzo del vago e del simpatico, non solo agli organi ed ai sistemi più lontani, ma anche agli stessi centri psichici.

Pure ammettendo che realmente le cause irritative, per la continua stimolazione sulle terminazioni nervose, abbiano una notevole influenza sul determinismo dei riflessi, è certo che negli individui neuropatici troviamo terreno favorevole al loro sviluppo.

*
* *

L'asma nasale o essenziale, come alcuni lo vogliono chiamare, trova la sua genesi nei rapporti che esistono fra la innervazione della pituitaria e il sistema simpatico-vagale. Infatti la prevalenza del sistema simpatico su quello autonomo, ci può spiegare la genesi delle crisi asmatiche.

Vi sono diverse teorie sul meccanismo dell'asma; Biesner, sostenitore della teoria spasmodica, trova un criterio patogenetico nell'ostacolo al passaggio dell'aria in tutte le varie diramazioni bronchiali. Altri AA., invece sono sostenitori della teoria catarrale o bronchitica; cioè ritengono che l'asma riflesso dipenda dalla presenza di muco nei bronchi, determinando un ostacolo al passaggio dell'aria; quindi senza compartecipazione alcuna dell'elemento nervoso. Purtroppo però, non si può essere d'accordo con tali AA., poichè alle volte si ha un attacco di asma senza presenza di fatti catarrali; anzi ritengo che non si debba escludere la compartecipazione dell'elemento nervoso nel determinismo delle crisi asmatiche, ammettendo pure che la secrezione bronchiale non sia altro che un riflesso secondario.

Un'ultima teoria è quella anafilattica, in cui la genesi delle crisi asmatiche non sia altro che l'esponente di una discrasia digestiva; infatti spesso degli accessi asmatici scompaiono del tutto con la cura del peptone, che serve a dare una certa disensibilizzazione all'organismo ammalato. Queste le idee esistenti sull'asma riflesso ed io l'ho voluto riferire perchè in pratica spesso un determinato trattamento terapeutico consigliato non ha dato giovamento alcuno, mentre se si indaga la causa della nevrosi, la terapia dovrà essere completamente differente.

Dunque le varie nevrosi riflesse nasali con le ripercussioni a carico degli organi del nostro organismo sono determinate o da irritazioni delle terminazioni trigeminali o da disquilibrio endocrino o da ipo- o ipertonia simpatica o vagale.

Quindi negli asmatici da stenosi nasale non dobbiamo solo pensare al fattore meccanico di ostruzione nasale, ma occorre rivolgere anche l'attenzione al sostrato della loro vita vegetativa e del sistema endocrino.

In questi ultimi tempi in cui la sindrome vegetativa di ordine simpatico e vagale ha assunto grande importanza, alcuni AA. si sono domandati se il fattore nervoso degli accessi di pertosse non sia di origine vegetativa e se in particolar modo gli accessi non consistano in una crisi vagotonica al pari del laringospasmo e dell'asma nasale, fenomeni che in verità sono creduti di ordine parasimpatico o vagale.

L'accesso pertossoide è dato dalla irritazione del laringeo superiore che è un ramo vagale; spesse volte durante gli accessi si presentano degli ictus laringei, caratterizzati dallo spasmo laringeo, dalla esagerazione del riflesso oculo-cardiaco, dal rallentamento del polso fino all'arresto dei battiti cardiaci, che sono creduti una sindrome simpatica.

Le crisi pertossoidi provocano ipersecrezione lacrimale, salivare e bronchiale, che appartengono alla fenomenologia vagotonica e si possono anche ritrovare nelle altre sindromi vagotoniche (asma da fieno, starnuto).

Quindi per spiegare il carattere vagotonico degli accessi di pertosse, alcuni AA. hanno pensato ad una insufficienza funzionale delle glandole simpatico-toniche (tiroide, ipofisi, glandole surrenali).

*
* *

Non m'intrattengo a parlare di tutta la complessa sintomatologia dei riflessi di origine rinica, ma credo opportuno fare una distinzione dei vari sintomi attinenti al V e al X e al simpatico.

La fenomenologia riflessa alle volte non è tanto imponente e si limita al naso o agli organi vicini (stimoli sul V); altre volte invece può arrivare all'albero respiratorio e agli organi distanti (disquilibrio endocrino o irritazione dell'innervazione simpatica).

Il dolore di cui spesso si lamentano i pazienti, per alcuni AA. (Tenani), è da attribuirsi alle lesioni delle fibre simpatiche perivascolari; anche i fenomeni oculari (fotofobia, lacrimazione, congestione congiuntivale, amaurosi, ambliopia) mettono in evidenza i rapporti fra naso e occhio per mezzo del ramo oftalmico.

Fra i riflessi rinici, i respiratori sono i più noiosi; lo starnuto avviene per una improvvisa contrazione riflessa dei muscoli espiratori in seguito ad una irritazione della mucosa nasale; poichè le terminazioni del V irritate da qualche causa, trasmettono lo stimolo al ganglio di Gasser e di lì ai centri bulbari e protuberanziali, dove venendo ad influenzare i nuclei vagali, determinano l'esplosione del riflesso. La stessa via dello starnuto è seguita dalla tosse riflessa, la quale non rappresenta altro che l'espressione dell'eccitazione della mucosa laringo-tracheo-bronchiale in seguito ad alterazioni della pituitaria da stimoli esogeni o endogeni.

La tosse riflessa dei bambini spesso si deve attribuire alle vegetazioni, poichè la pituitaria irritata dalla secrezione mucosa determina la esplosione degli attacchi di tosse accessionale, che possono aumentare di violenza fino ad arrivare all'ictus laringeo. Spesso per il medico non è tanto facile stabilire un'esatta diagnosi di tosse riflessa.

Gl'intimi rapporti fra V-X e simpatico possiamo notarli nel riflesso oculo-cardiaco di Dagnini-Aschner (trigemino-vagale di Milaslovich) poichè comprimendo il ramo oculare del V si ha la propagazione dello stimolo al X (ramo cardio-polmonare). Nel maggior numero dei casi si ha rallentamento del polso di una diecina di unità al minuto, rallentamento degli atti respiratori con aumento di ampiezza dei singoli atti.

Fra gli altri fenomeni riflessi si deve annoverare la forma vasomotoria determinata da repentino cambiamento di temperatura o da odori speciali o da odori irritanti e consistente in una abbondante fuoriuscita di muco dal naso. Queste forme non rare volte sono legate a distonie vegetative, a disfunzioni endocrine o su base diatesica.

Mancioli, dopo le esperienze eseguite, è giunto alle conclusioni che la natura delle riniti vaso-motorie è in gran parte anafilattica pur non escludendo in tutti i casi la forma puramente riflessa; ed inoltre che i fenomeni vasomotori hanno come una delle più importanti cause determinanti l'influenza dell'ampiezza della colonna d'aria inspirata ed espirata e le conseguenti modificazioni termiche e le condizioni meteorologiche. Anche la rinite spasmodica periodica che comunemente va sotto il nome di febbre da fieno è una forma riflessa vasomotoria e secondo alcuni AA. è divisa in due forme: la *rino-oculare* e l'*asmatica* a secondo che prevalgono la sintomatologia oculare o i fatti a carico delle vie respiratorie.

Alcuni AA. (Ten Sietkoff) emisero la opinione che la sindrome di Menière fosse una neu-

rosi riflessa di origine nasale; anche De-Carli ha descritto un caso di vertigine riflessa da corpi estranei nasali, poichè le irritazioni trigeminali attraverso il ganglio di Meckel, arrivano ai vasomotori endocranici determinando la vertigine.

Riordinando le idee possiamo stabilire, circa la complicata fenomenologia dei riflessi nasali, che esistono dei riflessi locali, i quali non oltrepassano l'ambiente del naso (iperemie locali, secrezioni delle glandole, ecc.), riflessi che si sviluppano soltanto nel territorio del V, ed infine riflessi generali che interessano organi lontani (asma nasale, tosse nasale, starnuto).

Non credo opportuno d'intrattenermi a parlare sul trattamento terapeutico delle neurosi riflesse, poichè questo rientra nel campo dello specialista; solo aggiungo che è consigliabile ai pazienti di cambiare ambiente, clima ed abitudini, allontanandoli in tal modo da possibili moventi genetici perturbatori dell'equilibrio nervoso dell'organismo.

Con lo svolgimento di questo interessante argomento ho pensato solo di esporre brevemente le moderne teorie sulla etiopatogenesi e sulla complessa fenomenologia delle nevrosi riflesse di origine rinica ed inoltre ho creduto di precisare questo capitolo assai confuso e privo di un certo indirizzo scientifico, sperando di aver fatto cosa assai utile per il medico pratico, per l'esatta e giusta valutazione e interpretazione diagnostica dei fenomeni di natura prettamente neuroriflessa.

BIBLIOGRAFIA

ABAT. *Epilessie riflesse del naso.* Boll. Mal. Orecchio, 1898, 11.

BOTONE. *L'asma nasale.* Arch. Ital. di Otologia, 1897.

BALLA. *Neurosi nasali riflesse.* Giornale Med. Mil., vol. 61, 1913.

BILANCIONI e GOVERNATORI. *Il riflesso oculo-cardiaco nelle stenosi nasali.* Boll. Mal. Orecchio, Naso, Gola, 1920, 10.

BILANCIONI e BONANNI. *Il riflesso pupillare in rapporto al cateterismo della tuba eustachiana.* Ibid., 1921, 7.

CALDERA. *La terapia della corizza nervosa.* Ibid., anno XXXIV, 2.

DE CARLI. *Un caso di vertigine riflessa dal naso.* Arch. Ital. di Otologia, 1902.

DE GENNARO. *Contributo alle nevrosi riflesse di origine nasale.* Arch. Ital. di Laring., 1886.

DIONISIO. *L'asma bronchiale riflesso dal naso.* Policlinico, 1890.

FERRERI. *Fenomeni riflessi di origine nasale.* Arch. Ital. di Laringologia, 1923.

FILIPPI. *Reazione agli stimoli sulla mucosa nasale dell'albero respiratorio e circolatorio.* Tip. Ligure, San Remo, 1922.

GRADENIGO. *Sulle nevrosi riflesse determinate da affezioni del naso.* Arch. Ital. di Otol., 1893.

ID. *Sulla corizza da fieno.* R. Acc. Med. di Torino, 1899.

MANCIOLI M. *Contributo allo studio delle riniti vasomotorie.* Atti Clinica, Roma, 1928, pag. 105.

MASUCCI. *Sui riflessi del naso.* II Congr. Soc. It. Laring., Firenze, 1895.

MAZZOCCHI. *Sui principali disturbi di origine nasale.* Atti Clinica, Roma, 1905, pag. 125.

MASINI V. *Osservazioni sperimentali e cliniche sulle aree isterogene della mucosa nasale.* XVII Congr. Soc. Laring., 1920.

MELZI. *Delle nevrosi riflesse d'origine nasale.* Milano, 1897.

MENGONI. *Nevrosi riflesse di origine nasale.* Arch. Ital. Otol., 1913.

OSTINO. *Nistagmo riflesso di origine nasale.* Arch. Ital. di Ot., XIV, 1902.

PETRAGNANI. *Ricerche sperimentali del cosidetto asma anafilattico.* Policlinico, Sez. med., febbraio 1923.

PUTELLI. *Nevrosi nasali riflesse.* Boll. Mal. Or., Naso, Gola, 1888.

RUGANI. *Sulle nevrosi riflesse di origine nasale.* R. Acc. Fisiocritici, Siena, 25 febbr. 1920.

SABATINI. *Moderne vedute nell'eziopatologia dell'asma bronchiale.* Policl., Sez. pratica, 1919.

TRIFILETTI. *A proposito di alcuni casi di nevrosi nasali.* Arch. It. Laringologia, 1890.

VOLPE. *Patogenesi delle nevrosi nasali riflesse.* R. Acc. di Med., Napoli, 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

IV Reparto di Medicina dell'Ospedale di S. Giovanni in Laterano

diretto dal prof. CARLO VERDOZZI, prim. med.

Reazione di Wassermann positiva nel liquido cefalo-rachidiano in un caso di meningite tubercolare

per il dott. MARIO PAGLIARI, assistente.

La sieroreazione di Wassermann, ritenuta dapprima come una reazione immunitaria, si è dimostrata in seguito non specifica per la sifilide, pur conservando ben alto il suo valore diagnostico. Infatti è stato successivamente dimostrato che la reazione può essere positiva nella malaria, nel lupus, nella scarlattina, in alcune malattie tropicali ecc.

Il prof. Verdozzi fin dal 1914 in una sua pubblicazione sul valore clinico della R. W. elevò il sospetto che nelle malattie croniche di fegato (tumori, cirrosi) la reazione fosse positiva all'infuori di qualsiasi infezione luetica; ed in una nota successiva in collaborazione con Urbani dimostrò quanto il suo sospetto fosse fondato.

Inoltre egli, sia allora che in successive pubblicazioni, ammise « che uno degli anelli del meccanismo di produzione sia rappresentato dalla disintegrazione più o meno lenta di alcuni tessuti ».

Mentre alcuni hanno rilevato una reazione positiva nel sangue nei soggetti con infezioni varie non luetiche, altri hanno eseguito ricerche sul comportamento della R. W. in casi di malattie nervose non luetiche.

Così nella letteratura troviamo numerosi casi di R. W. positiva nel liquor di malati non luetici affetti da malattie nervose sicuramente non luetiche.

In Germania da Hauptmann, Plaut, Kramer, Assmann, in Italia dal Pilotti e dal Fornara furono descritte delle meningiti tubercolari o purulente intervenute in soggetti luetici in cui si riscontrò la R. W. positiva nel liquor mentre prima era positiva solo nel sangue.

Tale fenomeno è stato messo in rapporto da alcuni con la non specificità della reazione; altri hanno ritenuto che nei processi infiammatori meningei si abbia una permeabilità maggiore dei vasi, che permetta che nel liquor filtrino dal sangue le sostanze necessarie alla R. W. (Plaut, Nonne, Hauptmann).

Pochi sono i casi pubblicati di meningiti non luetiche in cui si sia trovata la R. W. positiva solo nel liquor senza una reazione positiva nel sangue. Ho ritenuto quindi opportuno riferire un caso di meningite tubercolare nel quale la R. W. risultò positiva nel liquor, negativa nel siero, senza che risultasse alcun dato clinico da far sospettare una coesistente infezione luetica; ho desiderato portare un contributo alla casistica delle forme nervose non luetiche con R. W. + + + per rilevare quanto si debba essere guardinghi nella valutazione clinica dei risultati delle prove di laboratorio.

STORIA CLINICA. — Il 7-IX-1925 entra nel reparto tale S. Olga, di anni 34, maritata, residente nell'Agro Romano.

La madre vivente e sana, ha avuto quattro gravidanze a termine e nessun aborto. Una sorella è morta per malattia dell'apparato respiratorio. Il padre è morto per ictus a 63 anni.

Maritata con uomo sano che riferisce non aver mai contratto malattie veneree. La malata ha avuto sei gravidanze a termine; quattro figli sono viventi e sani; due sono morti in tenera età per malattia intestinale. Attualmente è gravida all'ottavo mese. Nel 1916 contrasse malaria di cui sembra sia guarita completamente; in seguito ha avuto una grave polmonite e pleurite sinistra che durò vari mesi e dopo la quale ha notato un incurvamento della schiena poco dolente che è andato aumentando fino allo stato attuale. Nei primi tempi ha avuto dolori nevralgici alle gambe. D'allora è rimasta sempre un po' tossicolosa.

Dieci giorni fa si ammalò con elevazioni febbrili che raggiungevano i 39° precedute da brividi. Aveva copioso sudore notturno e forte cefalea.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali scadute. Pannicolo adiposo scarso. Colorito della cute pallido. Mucose pallide. Aspetto sofferente.

Sistema linfoglandolare: si palpa qualche ganglio leggermente ingrossato nella regione sottomascellare e cervicale.

Pupille: uguali reagenti.

Lingua: fortemente impaniata, un po' secca.

Polso: ritmico di media ampiezza e pressione.

Respiro: leggermente aumentato di frequenza.

Temperatura: subfebbrile (37,8).

Capo e collo: nulla di notevole.

Torace: scarno, paralitico, scapole alate, fosse sopra e sotto clavicolari evidenti. Forte gibbo ad angolo acuto in corrispondenza della XII vertebra dorsale.

Non si apprezzano notevoli retrazioni dell'emitorace sinistro. La percussione rivela: diminuzione di espandibilità del margine inferiore polmonare sinistro, riduzione di suono della parte superiore dello stesso emitorace.

All'ascoltazione si percepisce respiro debole lontano confuso con qualche rantolo a piccole e medie bolle specie nella regione interscapolare. A destra nulla di notevole.

Cuore: itto visibile e palpabile al V spazio. Ivi con la percussione si localizza la punta. Margine destro e sinistro nei limiti. Non si ascoltano rumori anormali.

Addome: indolente, voluminoso per gravidanza all'ottavo mese. Feto vivo.

Fegato: margine superiore al V spazio. Margine inferiore: si palpa all'arcata nelle profonde inspirazioni.

Milza: margine superiore alla VIII costa. Margine inferiore si palpa in corrispondenza dell'arco leggermente aumentata di consistenza.

Esame sistema nervoso negativo.

Diario. — Dal 7 al 15 la temperatura oscilla da 36,4-37,4 al mattino, a 37,5-38 alla sera. L'inferma si lamenta sempre di forte cefalea. La R. W. nel sangue è negativa. Esame delle urine negativo.

L'esame radiografico della colonna vertebrale rivela: Gibbo ad angolo acuto all'altezza della XII vertebra dorsale: fusione della linea articolare tra la XII vertebra dorsale e la prima lombare.

Schiacciamento del corpo vertebrale della XII dorsale. Struttura ossea confusa con qualche rarefazione.

Il giorno 16 persistendo sempre la cefalea si pratica la puntura lombare; si estraggono 20 cmc. di liquido limpido che fuoriesce a zampillo. L'esame del liquido cefalo rachidiano praticato nel laboratorio dell'ospedale dà:

Albumina 0,90 per mille
Nonne +
Glucosio +
Urea 0,150 per mille.

Reazione di Wassermann nel liquor positiva completa.

Citodiagnosi: numerosi linfociti.

La temperatura si mantiene nei limiti già detti con tendenza alla sera di arrivare verso i 39 gradi. La cefalea perdura intensa.

Il giorno 18, la malata dà alla luce un feto di sesso maschile apparentemente sano. Placenta normale.

Il giorno stesso s'inizia una cura mercuriale e salvarsanica per via endovenosa (cianuro di mercurio cgr. 1 tutti i giorni. Neo-salvarsan 0,45, prima iniezione). La cefalea aumenta.

Il giorno 21 si pratica una seconda puntura lombare estraendo 15 cmc. di liquido limpido a forte pressione in cui dopo 24 ore si riscontra un evidente reticolo del Mya.

Il giorno 22 la febbre oscilla intorno a 39,5. Kernig assente. Lieve rigidità della nuca. La pressione sulle apofisi spinose delle vertebre cervicali e sulle docce paravertebrali è dolente. Il polso è diminuito di frequenza (60). Sensorio leggermente ottuso.

Il giorno 24 le condizioni sono aggravate. L'inferma è assopita. Si notano sussulti tendinei alle mani. I riflessi patellari sono vivaci. Il dermografismo vasospastico è accentuato. Vomiti ripetuti. Tremore dei muscoli della lingua e periorali. La febbre oscilla intorno 40°.

Giorno 26: paresi del facciale inf. destro. Kernig presente.

Clono della rotula e del piede sinistro. L'inferma perde le urine e le feci.

Giorno 28: Obitus.

Le iniezioni di cianuro furono eseguite fino al giorno 27.

Non fu possibile eseguire l'autopsia.

Dalla descrizione di questo caso clinico risulta che la malata entrò in ospedale con modica febbre e con mediocre cefalea. Dopo nove giorni di degenza, senza che si fosse rivelato nessun altro sintomo a carico del sistema nervoso, fu praticata la puntura lombare ed inviato il L. C. R. al laboratorio per un esame completo.

Questo rivelò una R. W. + + +. Benchè tale reperto non trovasse corrispondenza con i dati anamnestici ed obbiettivi, e la diagnosi formulata fosse di meningite tbc., fu praticata un'intensa cura mercuriale. Una piena conferma del buon indirizzo diagnostico in contraddizione al reperto di laboratorio fu dato dall'ulteriore andamento clinico della malattia, resistente tenacemente all'intensa cura suddetta che, come è noto, dà quasi sempre ottimi risultati. Inoltre l'inferma durante la degenza in ospedale aveva partorito un feto vivo, sano, senza alcun segno di eredolues e che vive tuttora in buona salute. Inoltre devesi notare che la Reazione di Wassermann era stata negativa nel sangue dell'inferma.

Invece le affezioni dell'apparato respiratorio, la lesione della colonna vertebrale, lo stato di notevole deperimento, il reperto del reticolo del Mya nel liquor, la mancanza di dati anamnestici ed obbiettivi riferibili ad una infezione luetica e da ultimo il decorso ulteriore della malattia giustificano pienamente la diagnosi formulata di meningite tubercolare.

E benchè sia mancata la possibilità di un accertamento biologico ed anatomopatologico, tutto fa ritenere che in quel caso veramente si trattasse di una lesione tubercolare del sistema nervoso.

Come spiegare allora la R. W. positiva nel liquor?

Kramer, Jahnel, Eicke, Lesser, Terzani, Fornara, G. Araoz, Santonè, hanno descritto casi di neuropatie organiche non luetiche (meningiti di varia natura, tumori cerebrali, Pott, ecc.) in cui la R. W. era positiva soltanto nel liquor.

La spiegazione di questo fenomeno che talora può rendere esitanti per una sicura diagnosi eziologica è stata ricercata da vari autori.

Eicke, Rizzo, Fornara hanno notato che a seconda che si pratichi la R. W. nel liquor fresco o inattivato al calore, la reazione può risultare rispettivamente positiva o negativa. Si provò allora a sottoporre allo stesso procedimento dei L. C. R. appartenenti a degli individui con lesioni nervose sicuramente luetiche e si vide che anche in questi casi spesso il liquido cefalorachidiano dava lo stesso comportamento (Fornara).

Si è ammesso da alcuni che, in individui sicuramente non sifilitici, si tratti di una reazione non specifica.

Infatti Weisbach ammette che nel siero dei malati di sifilide e di altre infezioni vi sia una

speciale labilità delle globuline dal punto di vista del loro stato colloidale e nel senso che queste siano più sensibili verso agenti flocculanti. Kopaczwski pensa che nei sieri luetici vi siano alterazioni di alcune costanti fisicochimiche. Sachs crede che per una speciale modificazione lipoidale nel siero avvengano speciali combinazioni con i lipoidi degli estratti di organi. Le numerose Wassermann aspecifiche avverrebbero per modificazioni secondarie delle globuline senza carattere di specificità.

Rondoni, nel suo *Trattato di Biochimica*, ricorda come Kapsmberg nel 1921 ritenga che la provocazione di alterazioni colloidali in queste condizioni sia causata dalla disintegrazione di tessuti malati. Ma, come sopra ho ricordato, Verdozzi già nel 1914 scriveva: « In base ai casi illustrati sembra sia lecito porre l'ipotesi che in alcune malattie epatiche a lento decorso, in cui si determina una lenta disintegrazione cellulare del fegato, si possa avere una R. W. positiva indipendente da una infezione luetica »; e nel 1918: « 1) è probabile che innanzi tutto tale fenomeno sia legato alla disintegrazione dei tessuti cutanei: ne sarebbe prova la reazione positiva nella sifilide cutanea, nella lepra, nella pellagra, nella framboesia tropicale, ecc.; 2) il frequente reperto di una reazione positiva in malattie in cui si determina una lenta disintegrazione del parenchima epatico (cancro del fegato, cirrosi, recentemente poste in rilievo) ci fa ritenere che anche le alterazioni del fegato siano capaci di produrre nel siero le modificazioni necessarie a produrre la reazione; 3) altre malattie in cui già si è osservata la reazione positiva (malaria, tripanosomiasi e due casi clinici da me studiati) tendono a farci porre a fianco del tessuto cutaneo ed epatico il tessuto sanguigno ».

Ebbene, i casi sopraricordati di R.W. + + + in soggetti con lesioni del sistema nervoso e quello da me or ora descritto ci fanno ammettere che anche la disintegrazione più o meno lenta del tessuto nervoso renda possibile una reazione di Wassermann positiva all'infuori della sifilide.

CONCLUSIONI.

1) In alcune malattie del sistema nervoso (morbo di Pott, meningiti tubercolari, tumori cerebrali) in individui sicuramente non luetici si ha talora una Reazione di Wassermann positiva nel liquor.

2) È da ritenere che tale fenomeno sia dovuto alla più o meno lenta disintegrazione del tessuto nervoso come è stato ammesso per le malattie croniche di fegato (tumori, cirrosi, ecc.) per le malattie cutanee (lepra, framboesia, lues terziaria, ecc.), per le malattie del sangue (malaria, tripanosomiasi, ecc.) nelle quali condizioni spesso si osserva la R. W. positiva.

3) Occorre perciò essere guardinghi nel dare importanza ai risultati di esami di laboratorio, se questi sono in contrasto con l'esame clinico.

Roma, 6-III-1929-VII.

BIBLIOGRAFIA.

VERDOZZI C. *Sul valore diagnostico della R. W. in alcune malattie croniche di fegato.* Boll. Soc. cult. sc. med. e nat., 25-VI-1914.
VERDOZZI C. e URBANI L. *Valore clinico della R. W. nelle lesioni croniche di fegato.* Policlinico, volume 22.
VERDOZZI C. *Osservazioni cliniche sull'infezione sifilitica.* Policlinico, Sez. prat., 1917.
RONDONI. *Trattato di biochimica.*
SACHS, WEISBACH e KOPACZEWSKI. Citati da RONDONI.
PILOTTI G. Policlinico, Sez. prat., 1927, n. 43.
FORNARA P. Ibid., 1923, n. 25-26.
HAUPTMANN H. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 51.
PLAUT, ecc. *Leitfaden zur Untersuchung*, ecc. Fischer, Jena, 1913.
KRAMER C. Munch. med. Woch., n. 41, 1918.
ASSMANN. Deutsche Med. Woch., 1911, n. 35-36.
NONNE M. *Syphilis und Nervensystem.* Kargor, 1924, Berlin.
EICKE u. LOWEMBERG. Mediz. Klinik, 1921.
TERZANI A. Rivista critica di clinica med., n. 9-10, 1922.
SANTONÈ. Policlinico, Sez. prat., 1928, n. 39.
G. ARAOZ ALFARO. Ibid., 1920, n. 11.
RIZZO. Citato da FORNARA.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO DI PALERMO
2° Reparto Chirurgia Uomini.

La simpatectomia perinervosa nelle causalgie.

Dott. FRANCESCO SPECIALE.

G. Andrea, di anni 34, contadino, da Palermo. Nulla nei precedenti ereditari; sposato con prole. Dice di essere stato sempre di buona salute. Fece il servizio militare nell'ultima grande guerra e riferisce che durante questo periodo soffrì di congelamenti agli arti inferiori. Dopo circa un anno dal servizio militare cominciò a notare nella regione dorsale dell'alluce sinistro, la comparsa di una ulcerazione la quale era accompagnata da dolori assai vivi localizzati al piede che si esacerbavano ad intervalli di tempo più o meno lunghi e impedivano di poter lavorare. Consultò vari sanitari, subì anche degli interventi (asportazione dell'unghia, raschiamento dell'ulcerazione, del periostio della falange) sempre con esito negativo.

Entrò nell'ospedale il 12 maggio 1927.

Nulla alla testa, collo, torace, addome, arti superiori e inferiore destro. All'arto inferiore sinistro, in corrispondenza dell'alluce si nota l'asportazione chirurgica dell'unghia e una cicatrice da pregresso intervento. La pelle è un po' arrossata, liscia e calda. I movimenti articolari limitati e un po' dolenti. Alla palpazione accusa vivi dolori. Durante la degenza ospedaliera l'infermo accusa un bruciore costante, un formicolio insopportabile localizzato all'astremità del piede; dolori che si esacerbano con le applicazioni calde o fredde, con la deambulazione.

Negativi tutti gli esami e le ricerche di laboratorio per il sangue e le urine. Radiografia dello scheletro della gamba e del piede negativa. Per i precedenti disturbi vaso-motori, per i disturbi trofici (ulcera), per le caratteristiche del dolore (bruciori, formicolii, trafitture come da ferro rovente), per la mancanza di disturbi motori, per l'insuccesso infine dei precedenti interventi, pensò trattarsi con tutta verisimiglianza di una causalgia. E per le moderne vedute sulla natura simpatica di esse, si credette più opportuno agire direttamente sulle fibre simpatiche perinervose dello sciatico procedendo alla simpatectomia perinervosa, riservando in caso d'insuccesso di agire con la simpatectomia periarteriosa. Questa linea di condotta è stata suggerita anche dalla completa innocuità dell'intervento.

Il 25 maggio 1927 s'interviene in anestesia locale. Scopertura dello sciatico alla radice della coscia. Per un tragitto di circa 12 cent. si asporta completamente la guaina perinervosa. Sutura a strati. Guarigione per primam. Dopo 15 giorni dall'intervento l'infermo ha lieve miglioria, viene dimesso invitandolo a farsi rivedere dopo un mese.

Rivisto dopo 3 mesi dall'intervento, l'infermo riferisce che è migliorato notevolmente, il dolore scomparso, può calzare le scarpe e lavorare in campagna. È in pieno benessere, soddisfatto per la fine di quei disturbi, specialmente il dolore, che lo rendevano inabile a qualsiasi lavoro. Queste condizioni si sono mantenute inalterate a distanza di un anno e mezzo dall'intervento.

Weir Mitchell descrisse sotto il nome di causalgia una sindrome nevralgica tipica per intensità, lunga durata, dolorabilità e resistenza alla terapia. Ordinariamente suole essere provocata da un traumatismo che può essere anche lieve. La caratteristica della causalgia è il dolore violento che gli ammalati paragonano ad una sensazione di bruciore, di punture lancinanti, dolori che si esacerbano con i movimenti, la deambulazione ecc. I disturbi vasomotori sono molto accentuati: pelle liscia, rossa, calda; alle volte però, casi questi più rari, la pelle è fredda, di colorito pallido, secca. Basandoci su dati clinici e sperimentali, la causalgia si ritiene di natura simpatica. Difatti la sensazione di bruciore, formicolio, i disturbi vasomotori sono caratteri che mostrano la natura simpatica; la preferenza a colpire i nervi più ricchi in fibre simpatiche (mediano, cubitale, sciatico), i risultati terapeutici ottenuti con la simpatectomia periarteriosa ne affermano l'origine simpatica. Questo carattere fa distinguere la causalgia dalla nevrite o la differenzia facilmente quando è associata ad essa.

Parecchi casi in cui le sindrome causalgiche e nevralgiche erano associate, la sezione del nervo al disopra della ferita, fece sparire la manifestazione nevritica, lasciando inalterata la sindrome causalgica.

La causalgia sembra costituita da una serie di riflessi simpatici, dati da una irritazione periferica e la cui intensità mostra una anormale ipereccitabilità dei centri simpatici, la cui eccitazione provoca per via centrifuga riflessa tutta la serie dei disturbi vasomotori e secretori.

Leriche ha studiato questa forma morbosa ed afferma che la causalgia ed i fenomeni trofici che l'accompagnano sono di natura simpatica e contrariamente a quanto sostenevano altri autori, non dipendono da obliterazione vascolare.

Quanto al trattamento alcuni autori hanno descritto dei casi guariti spontaneamente, altri hanno dimostrato l'aumento del dolore con gli interventi ingiustificati ed inefficaci. La fisioterapia, la radioterapia, la psicoterapia ecc., contano rari successi e di fronte ai casi intensi e ribelli bisogna pensare ad un intervento chirurgico. Diversi sono stati i mezzi proposti. Tra i primi è stata l'interruzione del nervo al disopra della ferita. La simpatectomia periarteriosa del Leriche ha dato dei risultati alle volte veramente eccellenti. L'alcoolizzazione del nervo al disopra della lesione, spesso si è mostrata efficace, ma porta una paralisi del nervo interessato per un periodo di tempo alle volte lungo, mentre la simpatectomia rispetta

perfettamente la funzione motrice. Negro ha distrutto con l'elettrolisi la ricca rete simpatica peritronculare ed ha dimostrato l'innocuità assoluta dell'operazione per il nervo con risultati veramente eccellenti. Bobbio trova la decorticazione elettrolitica alla Negro, il metodo più razionale di cura per la causalgia. Sicard e Robineau riferiscono un caso trattato con la radicotomia posteriore. Recentemente Leriche per una causalgia di un moncone ha praticato il taglio dei quattro ultimi rami comunicanti cervicali e primo dorsale con buon risultato che si mantiene da tre mesi. Questo intervento l'A. lo ritiene molto utile per i casi ribelli.

*
* *

Nel nostro caso l'infermo ci riferì di congelamenti agli arti inferiori ma non potè precisare a che grado sia arrivato il male. D'altra parte non presentava alcuna alterazione nè mutilazione agli arti inferiori.

In che rapporto bisogna tenere la presenza di quell'ulcerazione ed il precedente congelamento? Non vi è dubbio che l'ischemia prolungata oltre a portare disturbi vasomotori, influenza notevolmente il trofismo e quindi un trauma, anche minimo, può essere causa di lesione con formazione di ulcerazione. La lesione delle terminazioni nervose simpatiche produce la causalgia.

Il caso nostro rientrerebbe nelle causalgie spontanee le quali riproducono le causalgie traumatiche in tutti i loro caratteri.

Tinel riferisce vari casi di causalgie della mano, del piede, comparse senza cause apprezzabili o in seguito ad un traumatismo molto lieve.

La reazione causalgica è provocata dall'eccitazione dolorosa delle terminazioni simpatiche della pelle, in una zona molto limitata, sotto l'influenza dei disturbi trofici cutanei. L'innocuità della simpatectomia perinervosa, i risultati ottenuti da altri, ci hanno invogliato a seguire questa tecnica.

Concludendo il presente caso clinico contribuisce ad affermare:

1) che la causalgia è dipendente da una nevrite simpatica;

2) che la simpatectomia perinervosa è innocua per il nervo;

3) che l'intervento sul simpatico perinervoso può riuscire da solo a togliere il dolore nelle causalgie.

RIASSUNTO.

Osservazione di una causalgia spontanea in cui l'asportazione della guaina perinervosa dello sciatico ha portato un miglioramento notevole che si mantiene ad oltre un anno dall'intervento.

BIBLIOGRAFIA.

1) BOBBIO. *Sul trattamento chirurgico delle causalgie.* R. Acc. Scienze. Med. Torino, 1919.
2) LERICHE. Presse Médicale, 1916, n. 23.
3) Ibid., 1917, n. 50.
4) LECÈNE et LERICHE. *Thérapeutique-Chirurgicale,* 1926. Masson.
5) MOSTI. *Patologia e trattamento chirurgico delle causalgie.* Policlinico, Sez. prat., 1919.
6) NEGRO. *Causalgie del mediano.* Clin. chirur., 1919.
7) PAVONE. *Terapia generale chirurgica dei disturbi della nutrizione,* 1923.
8) SICARD et ROBINEAU. Citato da LERICHE.
9) TENANI. *La causalgia e il suo trattamento chirurgico.* Pol., Sez. prat., 1918.
10) TINEL. Presse médicale, 1922.
11) TURCO. *Un caso di causalgia trattato con la decorticazione dell'arteria.* Pol., Sez. chir., 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

Il riflesso di Hoffmann.

(PITFIELD. *Journal Nervous and Mental Disease,* marzo 1929).

Il riflesso di Hoffmann è stato considerato come il riflesso di Babinski degli arti superiori. La sua presenza indicherebbe una lesione delle vie motorie al di sopra del sesto segmento cervicale. Ma più che patognomonico di una vera lesione organica distruttiva, come si è preteso da alcuni, esso è più spesso l'indice di un disordine più o meno funzionale del fascio piramidale. In effetti esso può essere prodotto dalla pressione esercitata dai vasi cerebrali congesti, da angiospasmo, da intossicazioni o da combinazioni di questi fattori.

Esso non è un segno così costante e significativo come il fenomeno di Babinski, la sua intensità non ha alcun rapporto con la gravità della lesione, perchè nella paralisi totale del braccio può essere anche debolissimo. Tuttavia esso ha molto valore diagnostico, forse anche più in medicina interna. Il riflesso di Hoffmann è un fatto concomitante comunissimo dell'ipertensione.

Per produrre la reazione occorre che il soggetto essendo la mano pronata poggi la seconda falange del medio sul medio del medico. Questi stringerà leggermente il dito dell'esaminando fra il medio e l'indice e farà fare uno scatto alla falange terminale esercitando con il pollice una forte pressione sull'unghia del medio del soggetto. La reazione si compie facilmente. L'abbassamento della punta del dito provoca una tensione del ten-

dine estensore del dito e delle fibre del muscolo estensore comune, che improvvisamente rilasciate trasmettono un impulso che determina una forte contrazione del gruppo flessore e, nelle reazioni gravi, del gruppo estensore. Il pollice e l'indice del soggetto si avvicinano come nell'atto di pizzicare e talvolta s'incrociano.

Se l'esaminatore mette la mano sotto il polso del paziente avvertirà la contrazione dei tendini flessori.

Talvolta si flette anche la mano e la contrazione è accompagnata da dolore.

Le reazioni possono assumere 4 gradi: 1) semplice flessione dell'indice e del pollice; 2) flessione di tutte le dita e della mano; 3) flessione molto accentuata di tutte le dita e della mano, mentre l'indice ed il pollice s'incrociano; 4) reazione esplosiva e dolorosa (forme spastiche).

Fay e Gotten in un gruppo di 393 studenti apparentemente sani trovarono il riflesso di Hoffman in 21 casi, in 14 dei quali coesisteva il segno di Babinski. L'anamnesi dimostra precedenti di meningite, epilessia e trauma: solo in otto casi non si riuscì a trovare alcun precedente morboso. In un gruppo di 285 ricoverati in ospedale, non neuropatici, due presentarono il riflesso di Hoffmann e uno il Babinski. In 339 casi di affezioni nervose organiche su 140 malati che presentarono il Babinski 139 presentarono anche l'Hoffmann: 118 in emiplegici, 51 in paralitici generali e tabetici, 27 in individui affetti da arteriosclerosi cerebrale e 15 in individui affetti da sclerosi a placche.

L'A. trovato che il riflesso di Hoffmann non è sempre presente nello stesso paziente, per metterlo bene in evidenza ed eventualmente rinforzarlo si può ricorrere al seguente espediente. Si applica al braccio la fascia di un apparecchio per misurare la pressione sanguigna, e si porta la pressione a 300 mm. In queste condizioni il riflesso apparentemente assente diventa positivo e fortemente accentuato. Dopo aver rimossa la pressione e la fascia si nota che lo stato di esaltazione dura per qualche minuto.

Con questo metodo l'A. ha trovato che il riflesso di Hoffmann è molto comune nelle affezioni organiche; raro nelle forme funzionali come la neurastenia, a meno che non esistano altre condizioni morbose, come l'ipertensione. È più frequente del Babinski; più frequente a sinistra che a destra. Nell'emiplegia transitoria persiste per lungo tempo dopo che l'arto ha riacquistato perfettamente tutte le sue funzioni. Nelle malattie organiche del sistema piramidale stesso si constata il riflesso, in grado meno accentuato, anche nel lato sano.

È presente in forma accentuata in circa il 75 % dei casi di ipertensione.

Dr.

L'occhio tabetico.

(G. De Vincentiis. *Nuova Med. Italica*, n. 3, marzo 1929).

L'intima connessione che ha l'occhio con il cervello fa sì che tale organo si debba considerare come la sentinella avanzata di ogni lesione cranica. Sicchè anche nella tabe l'occhio può svelare, talora precocemente, quei segni che sono patognomonici di tale lesione.

Il principale disturbo pupillare consiste nell'alterazione o assenza del riflesso fotomotore, con conservazione di quello dell'accomodazione: sintoma di Argyl-Robertson.

Talora può essere presente in un occhio, appena accennato o assente nell'altro; talora si può avere un riflesso consensuale nell'occhio ancora integro, mentre il riflesso ricercato nell'occhio sano non provoca alcun riflesso nel corrispondente.

Per avere un criterio discriminativo e sicuro, tale riflesso va ricercato in camera oscura e con qualche accorgimento di tecnica.

Il riflesso fotomotore acquista una grande importanza per la sua frequenza e precocità nei tabetici; in un secondo tempo si associa anche la scomparsa del riflesso all'accomodazione; ed allora si parla di Argyl-Robertson complicato.

Se a questo doppio disturbo si aggiunge la paralisi del muscolo ciliare, si ha il quadro dell'oftalmia interna.

Qualche volta si può trovar presente il riflesso pupillare paradosso: serrando fortemente le palpebre, e facendole riaprire si può notare la dilatazione della pupilla anzichè la miosi, come avviene sotto lo stimolo della luce. Può completare il quadro il sintomo di Erb, o la soppressione del riflesso pupillare al dolore.

Altri disturbi che si notano nell'occhio tabetico sono: l'anisocoria, presente nel 30 % dei casi, e talora svelabile mercè instillazioni di cocaina; la miosi, dovuta spesso a paralisi del simpatico; ed infine la midriasi, molto più rara, dovuta a paralisi del III paio (midriasi paralitica) più che a eccitazione del simpatico (midriasi spastica). Talora a queste alterazioni si può associare l'hippus, che consiste in alternative rapide e continue di contrazioni e dilatazioni pupillari.

Le alterazioni a carico dei muscoli oculari sono a tipo di paralisi; sono precoci, ma transitorie; danno luogo a diplopie transitorie, allorchè è colpito il IV paio; se si associano lesioni del III si ha anche ptosi. Queste paralisi sono transitorie perchè di origine periferica;

allorchè diventano durature, danno luogo ad un'oftalmoplegia totale, con la caratteristica *facies* di Hutchinson, proprie del periodo atassico.

Sono da notare ancora: la paralisi della convergenza, con impossibilità della visione binoculare a breve distanza, e l'atassia dei muscoli oculari, per cui i movimenti di ogni singolo occhio sono normali, mentre si nota incoordinazione dei movimenti dei due occhi. Dipenderebbe, secondo alcuni, da questa atassia il rapido movimento e le oscillazioni degli occhi, da alcuni interpetrato come vero nistagmo.

La terza complicanza è costituita dall'atrofia dei nervi ottici, con tutta la sintomatologia delle alterazioni a carico del colorito della papilla, dello stato dei vasi retinici ed il rapporto tra condizioni obbiettive del fondo e funzionalità visiva.

Non è il caso di fermarsi sulle caratteristiche del colorito della papilla, la quale assume il nome per questo di atrofia ottica grigia, da distinguersi da quella bianca.

Essa però, pur colpendo entrambi gli occhi, può essere più pronunziata in uno solo; si presenta con la diminuzione della visione, spesso preceduta da sensazioni colorate e luminose, tanto fastidiose per gli ammalati.

La diminuzione del visus è concentrico o irregolare; si altera dapprima la percezione per il rosso o per il verde; seguono i disturbi periferici a carico del turchino e del verde.

L'apparizione di questa atrofia dei nervi ottici, mentre è ad andamento fatale per quanto riguarda la vista, si accompagna invece a stati più benigni per quanto riguarda la tabe, la quale decorre in modo lieve e prognosi meno infausta.

L'atrofia dei nervi ottici s'è giovata come mezzo di cura della malarioterapia; ricordiamo che il mercurio non solo è dannoso, ma addirittura disastroso.

CARUSI.

La sindrome dell'arteria coroidea anteriore.

(U. POPPI. *Rivista di Neurologia*, dec. 1928).

L'arteria coroidea anteriore prende origine dalla carotide interna o dal primo tratto della silviana. Decorre aderente alla banderella ottica cui cede alcuni rametti, e durante questo tragitto fornisce i così detti rami perforanti al globus pallidus. alla capsula interna posteriore e retrolenticolare, al nucleo laterale del talamo ottico. Quindi il tronco principale attraverso la fessura di Bichat penetra nel ventricolo laterale dove irrora i plessi coroidei ed il trigono. Nel decorso iniziale fornisce rami al corno d'Ammone.

Il rammollimento consecutivo all'occlusione della coroidea anteriore interessa il globus pallidus, la capsula interna ed il nucleo laterale del talamo per cui si può dire pallido-capsulo-talamico.

I sintomi clinici che seguono a tale rammollimento generalmente sono:

1) Emiplegia con contrattura, Babinski, fenomeni di automatismo midollare. È determinata dalla lesione del segmento posteriore della capsula interna nei due terzi inferiori della sua altezza;

2) Emianestesia per tutte le forme di sensibilità. L'anestesia superficiale è determinata da lesione dei nuclei laterali dorsale e ventrale, mentre l'anestesia profonda da quelle del nucleo mediale ventrale;

3) Emianopsia laterale omonima, determinata verisimilmente da lesione delle fibre ottiche di 2° ordine, che passano per la capsula interna retrolenticolare;

4) Disturbi vasomotori e termoasimmetria: edema, ipertermia, macrosfigmia, e altri disordini vegetativi degli arti paralizzati. Questi fatti sono probabilmente determinati dalla lesione dei nuclei vegetativi della regione infundibolo-tuberiana (ipotalamo);

5) Mano talamica: estensione delle dita e succulenza della cute della mano paralizzata;

6) Disturbi mentali, che non sono dovuti direttamente al focolaio, ma alla concomitante arteriosclerosi dei vasi cerebrali.

La sindrome della coroidea anteriore può essere confusa con quella della cerebrale posteriore che pure dà emiplegia, emianestesia, emianopsia. Però nella sindrome della cerebrale posteriore l'emiparesi regredisce rapidamente, l'emianopsia è più costante e può rivestire il tipo a quadrante, e quando la lesione è a sinistra si può avere anche alessia; d'altra parte spesso coesistono sintomi dovuti a lesione del peduncolo cerebrale con predominanza di sintomi cerebellari.

Anche nella sindrome della silviana si può avere emiplegia, emianestesia, emianopsia. Però la paralisi è meno accentuata e colpisce di più l'arto superiore, il Babinski manca di norma, mentre è presente il fenomeno dell'adduzione del piede in seguito a percussione del malleolo esterno. L'emianestesia è lieve e di solito a tipo corticale. Se la lesione è a sinistra si avrà afasia. Mancano la mano talamica e i movimenti atetosici.

In presenza di emiplegia, emianestesia ed emianopsia sinistre non è sempre facile differenziare le tre sindromi dell'arteria coroidea anteriore, della cerebrale posteriore e della silviana superficiale. Il criterio migliore è dato dal carattere dell'emiplegia che è transitoria nella lesione della cerebrale posteriore, prevalente nell'arto superiore nella lesione della silviana, massiva in quella della coroidea anteriore.

DR.

Sulla malattia di Wilson.

(De Lisi. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, 30 marzo 1929).

In questo lavoro l'A. prendendo occasione dallo studio di un caso di morbo di Wilson capitato alla sua osservazione, tratta a fondo questa malattia dal punto di vista clinico, anatomo-patologico ed etio-patogenetico.

È una vera monografia sull'argomento con un'abbondante esposizione della letteratura.

Il De Lisi aveva già pubblicato nel 1914 un caso di degenerazione lenticolare progressiva, il primo studiato in Italia.

Questo secondo malato è un fanciullo decenne, coetaneo e cugino in secondo grado del precedente.

L'A. mette in evidenza e commenta la dissociazione tra forza statica e dinamica, i disturbi del tono (ipertonia, spasmi e contratture), la reflettività posturale, la reazione miodistonica, la mancanza di tremori e d'altri movimenti involontari.

Richiama l'attenzione su alcuni atteggiamenti da decerebrazione, le crisi toniche o tetaniformi ed altri atteggiamenti corporei interpretandoli come fenomeni di liberazione scatenati dalla stazione eretta per sezione ad un livello diencefalo-telencefalico senza interruzione della vita di moto cortico-spinale.

Analizza da un punto di vista anatomo-clinico e fisiopatologico il riso spastico ed i disturbi del linguaggio, i disordini vescicali e rettali, le alterazioni dell'umore e dell'emotività, mettendo in particolare evidenza gli stati di eccitamento che si accompagnano alle crisi ipertoniche.

La lesione epatica non è, come si è affermato, muta di sintomi clinici. Possono aversi diarree, vomiti, ematemesi, epistassi, cefalee, itteri fugaci, glicosuria occasionale, urobilinuria ed anche lievi asciti transitorie.

La lesione nervosa è essenzialmente lenticolare. La corteccia può talvolta apparire particolarmente colpita, ma può anche rimanere indenne o gravata solo da comuni alterazioni concomitanti o terminali. Per costanza e gravità delle lesioni sono al primo posto il putamen ed il caudato, seguono il globus pallidus ed il nucleo dentato e poi la substantia nigra.

La manifestazione più tipica del processo Wilsoniano è lo stato spugnoso del putamen risultante dalla rapida e profonda degenerazione parenchimale e dalla reazione gliale.

La lesione epatica è cirrotica, ma si tratta di una cirrosi speciale. Le caratteristiche più notevoli sono rappresentate dall'enorme vascolarizzazione del connettivo e del parenchima. Esistono nei pseudolobili numerose sezioni vasali, diramazioni portali e centrolobulari. Questa anomala struttura vascolare è l'espressione morfologica della natura congenita ed ereditaria della malattia. Su tale terreno costituzionale s'irradia il processo cirrotico, che con il tumore di milza forma l'insieme che vien detto « Wilson addominale ».

La malattia di Wilson e la pseudosclerosi di Westphal-Strümpell sono due tipi clinicamente differenti del medesimo processo epato-lenticolare. Invece lo spasmo di torsione, sindrome e non malattia, non rientra decisamente nel campo della degenerazione epato-lenticolare come in altre malattie extra-piramidali.

La malattia di Wilson non ha alcuna affinità con l'encefalite letargica. Questa può dare parziali manifestazioni e sindromi wilsoniane, ma non ha mai riprodotto per intero, nè clinicamente nè anatomicamente, il quadro epato-lenticolare.

Le infezioni, sifilide compresa, non entrano nell'etiologia del morbo di Wilson. Una certa influenza determinante o aggravante può concedersi ai traumi, almeno a quelli psichici. Ma indubbiamente l'etiopatogenesi è prevalentemente tossica. Al riguardo è a ricordare che l'avvelenamento cronico da manganese e da acetato talloso può provocare sindromi extra-piramidali.

L'ereditarietà, come dimostra l'albero genealogico dei due malati studiati dall'A., è indubbia.

L'affezione epatica precede quella cerebrale.

Nessuna delle malattie epatiche che più o meno somigliano a quella che si riscontra nel morbo di Wilson provoca l'intero quadro cerebrale della degenerazione. Tuttavia nelle epatopatie stesse si riscontrano tipi di reazione della neuroglia simili a quelli della reazione diffusa dal Wilson e della pseudosclerosi, perfino con formazione di elementi identici alle cellule di Alzheimer.

Va quindi riaffermata l'importanza predominante dell'alterazione del fegato nella patogenesi del morbo di Wilson.

Dr.

Infezioni acute e sistema nervoso.

(H. Pette. *Münchener medizinische Wochens.*, 1929, n. 6).

Fin dal principio dell'èra dell'encefalite letargica, ossia sin dal 1916, si sono osservate quasi in interrotta catena speciali forme di malattie infettive del sistema nervoso centrale sporadiche o a focolaio epidemico. Si tratta di affezioni con lesioni della sostanza grigia o bianca del cervello o del midollo con corrispondenti quadri morbosi molto variabili.

Vi sono infezioni, come l'encefalite letargica, la poliomielite, la rabbia che hanno la loro sede di elezione nella sostanza grigia del sistema nervoso centrale. Levaditi ha assegnato a queste forme il nome di « Ectodermosi neurotropi ». Si tratta di malattie dovute ad agenti specifici capaci di localizzarsi e svilupparsi solo nella sostanza grigia. Ogni altra infiammazione, che prima, dopo o nel corso di tali ma-

lattie si verifica in altri organi, è dovuta a cause differenti.

Le indagini sperimentali sull'erpete sperimentale hanno messo in luce il meccanismo di azione circa la speciale affinità di alcuni virus per determinati tessuti. Si sa ora che l'erpete febbrile dell'uomo è dovuto ad uno speciale virus vivente, che nell'uomo agisce solo sugli strati epiteliali della pelle e delle mucose, mentre negli animali, specie nei conigli e nelle cavie, la sua affinità per la pelle è molto attenuata e viceversa ha evidenti attività neurotrope, ossia è capace di produrre gravi affezioni infiammatorie nel sistema nervoso centrale, le quali non si distinguono gran che dalle già accennate malattie dell'organismo umano.

Gli esperimenti sugli animali hanno altresì dimostrato che l'azione del virus erpetico sul sistema nervoso centrale è molto elettiva nel senso che colpisce primitivamente il parenchima ossia le cellule gangliari con i loro dendriti e la glia, e che i tessuti mesodermici partecipano secondariamente al processo.

Il virus può anche localizzarsi nei nervi periferici, verisimilmente nei cilindrassi dove si sviluppa e si propaga fino a raggiungere il midollo e il cervello. Il processo può rimanere localizzato in determinati punti degli organi centrali, ma può anche diffondersi in altre parti per la via del liquido cefalo-rachidiano. Si hanno così reperti istologici molto rassomiglianti a quelli dell'encefalite letargica, della poliomielite e della rabbia.

I processi istologici di queste malattie si distinguono da quelli delle infezioni batteriche, in quanto le lesioni non sono prodotte dall'agente stesso, ma dalle sue tossine. L'esempio più tipico è dato dal tetano. Il bacillo localizzato in una qualsiasi parte del corpo produce una tossina che ha un'affinità elettiva per il sistema nervoso centrale sul quale agisce. In conseguenza le lesioni nervose non sono infiammatorie ma degenerative.

La scomparsa dell'eccitabilità di determinate parti del sistema nervoso centrale, che dipende dalla speciale sensibilità della parte stessa per il virus determina il carattere del quadro clinico. È noto che l'encefalite letargica colpisce prevalentemente la sostanza grigia intorno al 3° e 4° ventricolo, specie la regione della *substantia nigra*, e che il quadro clinico corrisponde in effetti alla cessazione di funzione di queste formazioni. È noto altresì che nella poliomielite è colpita la sostanza grigia del midollo e che clinicamente si ha una paralisi flaccida atrofica dei corrispondenti gruppi muscolari. D'altra parte il quadro clinico dei singoli gruppi morbosi varia con l'acuzie e la intensità dei processi patologici.

Allo stesso gruppo di malattie si possono assegnare anche l'herpes zoster, la neurite infettiva e la polineurite.

In realtà l'herpes zoster è un'affezione della stessa natura dell'erpete febbrile, il cui virus, come si è visto, è negli animali schiettamente neurotropo. L'herpes zoster non è solo una malattia della pelle, ma anche ed essenzialmente un'affezione nervosa. I gangli intervertebrali corrispondenti ai segmenti cutanei colpiti sono affetti da un'infiammazione acuta, alla quale partecipa pure la sostanza grigia midollare. In conseguenza oltre all'eruzione cutanea clinicamente si hanno disturbi sensitivi, iper- o ipoestesia, e non raramente alterazioni dei riflessi e più o meno accentuati fatti paretici della stessa specie di quelli della malattia di Heine-Medin. In molti casi la compartecipazione midollare è confermata dal reperto dell'esame del liquor.

Alcune forme di neuriti infiammatorie rispettivamente di polineurite, compresa la paralisi di Laudry, sono in rapporto ad un processo che si svolge nell'ambito delle radici nervose, ossia direttamente nel midollo. Anche qui la compartecipazione del midollo è confermata dall'esame del liquor.

Vi è inoltre il gruppo delle affezioni acute infiammatorie della sostanza bianca del sistema nervoso centrale.

Al riguardo è molto interessante l'encefalomielite da vaccinazione antivaiuolosa, di cui negli ultimi anni si sono verificati casi in molti paesi, ma specie in Olanda.

A distanza di 8-14 giorni dall'inoculazione del vaccino compare febbre alta con fenomeni generali d'infezione. Compaiono quindi accessi epilettici uni- o bilaterali, seguono paralisi cerebrali più o meno estese, paralisi respiratorie e dei nervi cranici, e nei casi gravissimi morte dopo 2-4 giorni. Nei casi meno gravi alle paralisi residuano fenomeni spastici (clono del piede, Babinski, ecc.), senz'altri postumi. L'esito letale si ebbe nel 30 % dei casi osservati. Al tavolo anatomico si riscontrò che il processo morboso è diffuso a quasi tutto il sistema nervoso centrale, è caratteristico e differente da quello dell'encefalite letargica e della poliomielite. È colpita quasi esclusivamente la sostanza bianca con dilatazione dei vasali, infiltrazione perivasale e distruzione dei cilindrassi.

Un quadro morboso analogo a quello dell'encefalite postvaccinica è stato osservato anche al termine di determinate malattie infettive, in ispecie dopo il morbillo e la varicella.

D'altra parte negli ultimi anni sono state osservate in soggetti giovani forme morbose che decorrono in modo analogo a quello su descritto, ed alle quali è stato dato il nome di encefalomielite disseminata acuta. Si tratta di un processo cerebro-spinale a focolai più o meno diffusi, caratterizzati da demielinizzazione ed aumento della glia. In relazione alla localizzazione dei detti focolai il quadro morboso può assumere il tipo cerebrale, midollare o misto. Anche in questa forma è prevalente-

mente colpita la sostanza bianca. I sintomi sono esclusivamente spastici. È caratteristico l'inizio acuto o subacuto e la tendenza alla regressione dei sintomi fino alla completa guarigione. Forme leggerissime si alternano con forme gravissime. La mortalità è bassa. Le ultime ricerche istologiche hanno dimostrato che il processo morboso dell'encefalomielite disseminata acuta ha strette relazioni con quello delle sclerosi a placche.

Il decorso e le analogie di questa forma con l'encefalite postvaccinica e postinfettiva prova che anche l'encefalomielite disseminata acuta è dovuta ad un processo infettivo.

Non è possibile dire se tutte queste forme siano dovute allo stesso virus. Il reperto istologico consente solo di venire alla conclusione che i processi encefalomielitici tanto nella forma acutissima dell'encefalite postvaccinica come nella encefalomielite disseminata sono raggruppabili, specie in rapporto all'agente etiologico. D'altra parte oltre la virulenza dell'agente infettivo influisce sul decorso e la sintomatologia dell'affezione il fattore costituzionale o immunbiologico.

I virus dell'herpes febrilis, della poliomielite e della rabbia sono filtrabili e ultramicroscopici. Muoiono alla temperatura di 50°, mentre a temperature più basse ed anche bassissime conservano a lungo la loro vitalità. Caratteristica è la loro resistenza nella glicerina. Non si sono trovati ancora adatti terreni di cultura. Sembra che la moltiplicazione del virus sia legata alla presenza di cellule viventi ed in ispecie di quelle ectodermiche, come la cornea, l'epitelio dermico, il parenchima nervoso.

L'affinità dei detti virus per quest'ultimo è particolarmente caratteristica.

Nelle ectodermosi neurotrope, specie nella encefalite epidemica e nella poliomielite e nella rabbia il processo morboso è caratterizzato da lesioni degenerative e reattive da parte delle cellule ganglionari con i loro dendriti e della glia, mentre rimane risparmiata la sostanza bianca che viceversa è prevalentemente colpita nell'encefalomielite disseminata.

La clinica e gli esperimenti sugli animali hanno dimostrato che le infezioni acute del sistema nervoso centrale sogliono verificarsi insieme o dopo altre infezioni, che agirebbero da predisponenti o preparanti esaltando la virulenza del virus neurotropo o indebolendo la resistenza organica in confronto del virus stesso.

È verisimile che siano in giuoco tutte e due le azioni: aumento della virulenza e diminuzione della resistenza.

È ben noto come l'encefalite epidemica si sia manifestata in seguito all'ultima e ad altre epidemie influenzali.

Per la poliomielite acuta si sa che le paralisi sono precedute da un'infezione locale o generale, da uno stato influenzale o da un'angina. Queste manifestazioni infettive si verificano qualche giorno e anche qualche settimana prima delle manifestazioni nervose e non ha nulla a che fare con il virus poliomielitico che è squisitamente neurotropo e non può produrre manifestazioni infettive in altri organi e sistemi.

La diffusione epidemica della poliomielite e dell'encefalite letargica può spiegarsi sia ammettendo che l'epidemia della infezione per così dire preparante crei in parecchi individui le condizioni favorevoli allo sviluppo dell'infezione nervosa, sia ammettendo che attraverso i primi casi i virus poliemielitico ed encefalitico acquistano una maggiore virulenza ed aggressività.

Un analogo fenomeno si avvera per l'encefalomielite diffusa e disseminata, che si verifica dopo semplici reumatismi o infezioni specifiche come il morbillo, il tifo e la varicella. Qualche cosa di simile si verifica anche per la neurite infettiva acuta.

E se nell'anamnesi manca ogni specie di infezione predisponente o preparante l'attecchimento del virus neurotropo non se ne può senz'altro escludere l'esistenza, in quanto essa ha potuto assumere una forma attenuata o larvata in modo da sfuggire all'attenzione del soggetto e dei parenti.

Non è dubbio che sulla produzione e diffusione di tali malattie devono influire altri fattori esogeni come il clima, le condizioni del suolo, le stagioni, le razze, il sesso, lo stato dell'apparato endocrino e simili, ma le ragioni ed il meccanismo di tali influenze non sono ancora precisate.

DR.

Etiologia, patogenesi e trattamento delle complicazioni della puntura lombare.

(R. DE MONTAUD. *La Med. Ibera*, 16 mar. 1920).

Man mano che la puntura lombare va entrando sempre più nella pratica medica, sia come mezzo diagnostico che come mezzo curativo, si vedono, di pari passo, aumentare le osservazioni sui disturbi e sulle complicazioni, consecutive a questo semplice ed utile intervento.

Esistono quindi delle controindicazioni che possono dividersi in relative ed assolute.

Controindicazioni relative si hanno in tutti i casi nei quali esiste stasi papillare senza sintomi focali e dove il quadro sintomatologico non può far ammettere un processo neoplastico intracranico, mentre controindicazione assoluta esiste in tutti i casi con stasi papillari e sintomi focali, specie se questi corrispondono alla fossa posteriore.

La morte è attribuita alla compressione esercitata sui centri nervosi dal forame occipitale, perchè il midollo allungato tende a incarcerarsi in questo orificio. Ciò è motivato dalla perdita di liquido cefalo-rachidiano, che può

complicarsi alla dilatazione dei ventricoli, nel caso che la circolazione si interrompa per ostruzione degli orifici normali di comunicazione: forami di Monro, acquedotto di Silvio, ecc.

La prova di ciò è stata data da Jacobaeus e Frumerie, i quali riuscirono a salvare un individuo, nel quale dopo una rachicentesi si era prodotta un'*ernia*, e quindi compressione del cervello contro il foro occipitale, iniettando siero artificiale intrarachideo: con l'innalzarsi della pressione, si liberò il cervello dall'incarceramento nel foro occipitale, e di conseguenza scomparve immediatamente lo stato comatoso nel quale l'infermo era caduto.

Come controindicazioni, oltre a quelle già esposte, occorre ricordarne altre, così dette condizionali, nel senso cioè che non solo sono non assolute, ma anzi esistendo, possono indicare la necessità di praticare la puntura lombare.

Primi fra tutti sono da ricordare gli infermi con arteriosclerosi molto avanzata, nei quali la puntura può essere seguìta da vertigini, da sincope, da ictus apoplettico.

Altra complicazione è il m. di Pott. In questi casi, nei quali spesso si ha la necessità di ricorrere all'esame del liquido cefalo-rachidiano, la puntura lombare può aggravare le lesioni del nevrasse, esagerare i fenomeni paralitici e spastici e precipitare l'evoluzione del processo.

Per completare il quadro delle complicazioni vanno ricordati gli stati setticemici, nei quali la puntura lombare può essere un mezzo di inoculazione dei germi nei centri nervosi. Netter cita il caso di un'encefalite letargica nel quale il giorno dopo la puntura lombare, fatta a scopo diagnostico, comparve cefalea, paralisi facciale s., poi paralisi degli arti dello stesso lato, complicazioni che Netter fa dipendere dalla puntura.

All'infuori dei precedenti casi, ogni pericolo, veramente serio, può essere escluso, però nella tecnica della puntura lombare occorre tener presente una serie di precauzioni e di dettagli, di grande valore pratico.

Volendo eseguire uno schema delle complicazioni, andando dalla più semplice alla più complessa, la prima ad essere ricordata, come la più frequente, è la cefalea. Essa insorge all'indomani della puntura lombare, quando l'infermo prova ad alzarsi ed aumenta rapidamente d'intensità, se il paziente non torna a distendersi; quando invece il malato non è posto subito dopo la puntura nella posizione supina, la cefalea è molto più intensa ed anche la posizione orizzontale, spesso così efficace, tarda allora a dare un po' di sollievo.

L'intensità, la sede, la durata della cefalea, variano da caso a caso, nella maggioranza dei casi però, senza alcun calmante, 3-4 giorni di riposo in letto, sono sufficienti a far scomparire tale disturbo.

Alcune volte la cefalea può accompagnarsi a dolore alle spalle e agli arti, come pure possono completare il corteo sintomatologico della cefalea, vertigini, nausee, vomito. Tutti questi sintomi peggiorano se l'infermo si alza e migliorano nella posizione orizzontale.

Una complicazione poco ricordata è la comparsa di dolori violenti, alle estremità inferiori, a tipo radicolare, che possono durare varie ore e spesso richiedere l'uso di sostanze calmanti.

Quasi mai compare febbre; il polso suole rimanere normale, ad eccezione di un transitorio abbassamento della pressione arteriosa subito dopo la puntura.

Le precauzioni da tener presenti per evitare le eventuali suddette complicazioni sono:

1) fare l'estrazione del liquido molto lentamente, goccia a goccia;

2) misurare sempre la sua pressione ed in caso che essa sia elevata, far uscire il liquido lentamente. Un abbassamento brusco nell'ipertensione, deve far subito sospendere la puntura;

3) togliere la stretta quantità di liquido necessaria per le determinazioni;

4) non far alzare l'infermo, nelle ore successive alla puntura, sotto nessun pretesto;

5) far rimanere l'infermo in letto 24 ore dopo la puntura ed anche 48 ore, quando avverte il minimo segno di cefalea.

Varie teorie patogenetiche sono state proposte per la spiegazione dei disturbi postpunturali, basate quasi tutte sulla rottura dell'equilibrio della pressione del liquido c. r.

Molto interessante in questo senso è la teoria emessa per primo da Sicard, secondo la quale la cefalea è dovuta alla perdita costante di liquido c. r., perchè esso continua a fuoriuscire dal foro fatto nell'aracnoide. Per la sua struttura, infatti, questa stenta a cicatrizzare e d'altra parte la corrente dall'interno all'esterno del sacco, ritarda la chiusura del foro. Nei casi seguìti da morte, a poche ore dalla puntura, è stata infatti constatata la persistenza dell'orificio o l'obliterazione di esso da parte di un fragile tampone fibrinoso, facile a cedere alla minima pressione.

Conseguenza di questo stato di cose, in primo luogo sarebbe un'ipotensione, la quale a sua volta, determinerebbe un'intensa iperemia meningea, capace di spiegare la sindrome descritta.

Per altri AA. invece i disturbi postpunturali sarebbero dovuti alla ipertensione causata dall'estrazione del liquido c. r., che provocherebbe una vera iperproduzione coroidea, come reazione, mentre finalmente Milian considera tutta la sintomatologia postpunturale, determinata dalla mancanza di liquido, per cui i centri nervosi, rimarrebbero privati di questa cappa protettrice.

Passate brevemente in rassegna le varie teorie patogenetiche dei disturbi postpunturali, rimane ora a vedere quali sono i migliori

mezzi contro questi disturbi, nel caso che essi abbiano a verificarsi.

La condotta da tenere è condizionata all'intensità dei sintomi e alla personalità dell'infermo.

Nei casi di lievi cefalee, nausea, ecc., basterà far restare il malato in letto per due-tre giorni. Milian in questi casi consiglia di ricorrere alla morfina (1-1$^1/_2$ ctgr.), come l'unico medicamento capace di calmare le sofferenze e di mettere il p. in grado di alzarsi. L'A., al contrario, ripone più fiducia nell'efficacia del piramidone, che somministra alla dose di 30 ctgr. insieme a 1 ctgr. di estratto tebaico, per tre volte al giorno: tale formula ed il letto sono sufficienti in pochi giorni a far scomparire i disturbi di media intensità.

Considerando la sindrome come conseguenza di ipertensione, è stato suggerito, come buon trattamento, di ripetere la puntura lombare. Ciò deve invece essere evitato assolutamente, giacchè tenendo conto della teoria di Sicard, coll'aprire altri orifici nella dura, non si farà che peggiorare le condizioni del paz.; per la stessa ragione, sono da evitarsi le iniezioni intrarachidee di siero fisiologico (Jacobaeus y Frumerie) che verranno ad ogni modo riservate solo nei casi gravissimi, quando cioè esistano i segni clinici di incarceramento del midollo allungato nel forame occipitale.

Nei casi a sintomatologia imponente, in quelli ribelli ad altre cure o quando infine le condizioni del p. non permettono la sua permanenza in letto per un tempo necessario, l'A. afferma di aver avuto buoni risultati con il metodo proposto da Danis. Esso è basato sulle teorie di Sicard ed ha lo scopo di produrre una contropressione a quella del sacco durale. Arrestando la pressione negativa od inferiore extradurale, viene impedito al liquido c. r. di continuare a fuoriuscire dall'orificio della puntura.

Per ottenere ciò basta ricorrere alla puntura e all'iniezione epidurale di grandi quantità di soluzioni saline isotoniche in modo che il sacco meningeo sia sollevato e compresso in tutte le sue parti e per conseguenza impossibilitata l'uscita del liquido. Le pressioni epi- ed intradurali si equilibrano, le fibre della dura madre, separate dall'ago, si avvicinano e la cicatrizzazione avviene più rapidamente.

La quantità di soluzione isotcnica da iniettare, previa anestesia epidurale con novocaina, è di 50-100 cmc., ma ciò che è importante in tale tecnica è la posizione che deve tenere l'infermo: esso va messo bocconi sul letto con le estremità inferiori pendenti dal piano di esso, senza che però tocchino in terra. In questa posizione si apprezza molto bene il rombo formato dai quattro tubercoli tra il sacro ed il coccige. L'indice della mano s. va posto esattamente su detto rombo, mentre con la mano d. si introduce l'ago un po' obliquamente nella parte mediana e dopo che è stato introdotto per circa 1 cm., con piccoli movimenti dall'alto in basso e dal basso in alto, si affonda, portandolo in posizione parallela alla direzione della colonna vertebrale.

Si attende quindi un poco per vedere se fuoriesce liquido c. r. (il che può verificarsi se esistono anomalie del sacco), quindi si introduce la soluzione isotonica.

A. POZZI.

Analisi di 500 casi sottoposti a cura radicale per nevralgia del trigemino.

(C. H. FRAZIER. *Ann. of Surg.*, sett. 1928).

In 27 anni l'A. ha avuto in osservazione nella sua Clinica Neuro-Chirurgica 1200 casi di nevralgia del trigemino, 248 di nevralgie della faccia atipiche. È intervenuto in 511 malati, praticando interventi radicali.

La concezione clinica della malattia che l'A. si è fatto con una così vasta esperienza lo porta a pensare che esistano amplissime variazioni nella intensità del dolore e che questo solo in un piccolo numero di malati raggiunga un grado elevatissimo come generalmente si crede. Infatti quasi tutti questi malati continuano nelle loro occupazioni giornaliere e non amano rinchiudersi in un ospedale, benchè contrariamente alle idee più comuni, essi non siano mai del tutto liberi dal dolore, e in stadi avanzati della malattia abbiano accessi anche quotidiani. Non ha mai osservato guarigioni spontanee. La diagnosi generalmente è molto facile: si può confondere la nevralgia con i tumori del ganglio di Gasser. In questi però si hanno sempre precocemente disturbi obbiettivi della sensibilità specie della congiuntiva. Tumori maligni extracranici o cancri dell'antro di Higmorv diffusi alla 2ª e 3ª branca del V paio possono anche dar luogo a una sindrome dolorosa simile alla nevralgia.

A proposito della sensibilità dei tessuti del viso sorgono importanti problemi fisiologici. Il simpatico cervicale o pericarotideo non pare entri per nulla nell'innervazione sensitiva della faccia, benchè la stimolazione elettrica simpatica provochi un certo dolore e così pure la legatura di alcuni vasi specie della tiroidea sup. provochi un dolore riferito nel territorio del trigemino. Invece l'A. ha potuto confermare come il n. faciale presiede al senso della pressione. La sensibilità alla pressione è molto diminuita nel territorio del trigemino quando alla paralisi di questo nervo si associ quella del faciale, mentre non lo è nelle paralisi isolate del V o del VII.

Importante è l'accurato studio anatomico e embriologico della radice protuberanziale. In questa nel feto, si possono distinguere quattro fascetti. Tre si perdono nel ganglio di Gasser e corrispon-

dono alle tre branche del trigemino, l'altra passa dietro il ganglio dal quale però riceve rami ed è la radice motoria.

La radice corrispondente alla I branca è più isolata e questo corrisponde al fatto che in alcuni animali inferiori ha un ganglio a sè ed è del tutto distinta dalle altre due. Le fibre invece che vanno alla II e III branca si mescolano fra loro. Questo dato embriologico spiega l'associazione della nevralgia della II e III branca e la frequente esclusione della I.

Un po' diverso è l'approccio al ganglio a seconda che si tratti di un cranio dolico- o brachicefalo: in questo l'angolo dell'asse della rocca col piano frontale tangente al parietale è più ampio e la loggia di Meckel è più vicina al punto di mezzo dello zigoma.

Un assistente dell'A. ha messo in evidenza un ramo della vena meningea media che nasce dall'orecchio medio e esce dal hiatus di Falloppio e che facilmente viene lacerato durante un intervento e può dar luogo a emorragie nell'orecchio medio.

Talora l'A. ha osservato aderenze delle meningi col ganglio e colla radice. Esse rendono difficile l'intervento e testimoniano di pregresse flogosi che potrebbero avere importanza come fattori etiologici.

La radice motoria anzichè da un solo fascetto talora è formata da due. Nel 4 % dei casi si osserva dopo l'intervento una paralisi faciale che compare 24-48 ore dopo. Essa secondo l'A. è dovuta a trazioni sul n. grande petroso superficiale. La paralisi è transitoria, ma talora occorrono anche sei mesi perchè si ripristini la funzione.

Opera in narcosi eterea, quando ha scoperto il ganglio vi inietta della novocaina e continua così l'operazione in anestesia locale.

Dal 1901 non esegue altro che interventi sulla radice come era stato proposto da Spiller. Dal 1915 cerca sempre di conservare quella parte della radice sensitiva non interessata dalla nevralgia, per lo più la parte corrispondente alla I branca, e dal 1919 risparmia nella sezione la radice motoria.

Nel 1926 ha eseguito una radicotomia bilaterale, possibile solo colla conservazione della radice motoria. I vantaggi di così fatte operazioni specialmente per la mancanza della cheratite sono evidenti di per sè.

La mortalità operatoria è molto bassa; negli ultimi 269 casi è stata del 0,37 %. In 511 casi ha osservato due sole recidive; benchè un certo numero di pazienti si lagni dopo l'intervento di parestesie, di origine non ben spiegata.

MANFREDO ASCOLI.

MEDICINA SOCIALE

Dopo il Congresso di Medicina Sociale. L'assistenza ai lavoratori infortunati.

Tra i vari argomenti trattati al Congresso di medicina sociale testè tenutosi a Milano, merita speciale considerazione il tema riguardante l'assistenza medica e sociale agli infortunati nella relazione fatta dall'on. prof. Ermanno Fioretti, capo dell'Ufficio medico centrale del Patronato Nazionale, perchè essa pone in rilievo l'interessante e fino ad oggi non molto dibattuta questione del diritto che hanno i lavoratori all'assistenza e delle forme che conseguentemente essa deve assumere.

L'assistenza sociale, nota l'on. Fioretti, assume speciale importanza solo con l'intervento del fascismo, il quale mirando a dare alle norme giuridiche pratiche ed ampie realizzazioni, considera l'assistenza come parte integrante della funzione sociale e politica dello Stato; e attribuendo ai Sindacati un contenuto morale oltrechè economico, ha inteso che tra le loro funzioni avesse preminenza quella assistenziale, come riconoscimento dell'umana dignità che suscita il lavoro e per dare ai lavoratori consapevolezza della propria funzione nell'àmbito unitario della produzione.

Tale concetto fondamentale è altresì solennemente sancito nelle disposizioni XXVIII e XXIX della Carta del Lavoro la quale considera appunto l'assistenza come un diritto e dovere delle associazioni professionali.

L'oratore chiarite così le basi giuridiche, sociali e politiche su cui ha il suo fondamento l'istituzione del Patronato Nazionale, passa a studiarne i compiti e la struttura tecnica. Il Patronato, egli afferma, ha non solo una funzione liquidatoria del danno riportato dal singolo, inquantochè la liquidazione degli infortuni porta sovente a notevoli contestazioni, ma ha la funzione ben più ampia di *tutela collettiva* dei lavoratori nel seno della propria organizzazione: tutela che viene esplicata, non sotto l'influenza di idee o di preconcetti politici e da organismi di parte, ma dallo Stato medesimo.

Da ciò logicamente consegue che il Patronato Nazionale si occupi oltre che della assistenza ai lavoratori, della retta interpretazione e dell'integrale applicazione delle leggi.

E siccome è provato che gran parte delle controversie vengono deferite all'autorità giudiziaria per incompetenza di chi, preposto a dirimerle in via amministrativa, dovrebbe ogni mezzo usare per addivenire alla definizione conciliativa della pratica, e siccome tra i deprecati inconvenienti che porta la litigiosità è indubbiamente gravissimo la sfiducia dell'operaio nelle leggi e in chi è chiamato ad applicarle, la sede centrale del Patronato Nazionale ha disposto da tempo una accurata selezione del proprio personale medico periferico, la cui

attività è attentamente seguìta dagli organi direttivi onde dare unità di indirizzo alla vasta azione assistenziale che nel campo infortunistico può essere così compendiata:

1) assistenza all'operaio durante tutte le vicende dell'infortunio, dal suo verificarsi al momento in cui viene liquidato per porgere al lavoratore le cure necessarie alla sua reintegrazione fisica e ottenergli il giusto risarcimento economico dalle leggi previsto; rieducazione dell'invalido e assistenza per il suo collocamento;

2) utilizzazione dell'abbondante materiale proveniente dagli Istituti provinciali per seguire con serio studio il determinismo degli infortuni e provvedere alla loro prevenzione nonchè alla organizzazione scientifica e pratica del lavoro;

3) accurato studio onde trovare soluzione a quelle questioni medico-legali che ancora si presentano a diversità di interpretazione.

Riguardo alle cure da prestarsi all'infortunato l'on. Fioretti pur riconoscendo che negli ambulatori istituiti dai datori di lavoro o dagli Enti assicuratori o da organi di loro emanazione, l'infortunato viene generalmente ben curato, giustamente afferma che tali cure creano notevoli inconvenienti sia perchè esse soggiacciono ad inconsci fiscalismi e ad istintive deformazioni professionali del medico che interpreta con soverchio rigore e sovente non senza preconcetto la sua funzione in rapporto all'interesse dell'Istituto da cui dipende, sia perchè l'operaio mal volentieri si presta, con conseguente danno nel processo della sua reintegrazione fisica, alle cure fornitegli e consigliategli da Enti che naturalmente egli considera come avversari.

Il prof. Fioretti cita al riguardo il parere dello stesso prof. Bernacchi medico fiduciario della C. N. I., il quale obiettivamente ha sempre sostenuto che la cura degli infortunati deve essere assunta dallo Stato o dai Sindacati professionali. Il Patronato Nazionale istituito dal regime fascista per l'assistenza ai lavoratori appare quindi l'organo tecnico più adatto per effettuare tutte le cure necessarie ai lavoratori infortunati. A tale scopo esso sta attrezzando i propri ambulatori e nei centri principali provvede alla organizzazione di poliambulanze e di astanterie onde consentire che al più presto l'Ente sia in grado di provvedere a qualsiasi cura che sia ritenuta necessaria nell'interesse degli infortunati.

Nè il Patronato Nazionale ha tralasciato lo studio dei complessi problemi che si verificano alla rieducazione professionale degli invalidi al lavoro sia che si tratti di grandi invalidi o di quei minori lesionati i quali con efficaci cure e opportuna rieducazione potranno riacquistare una efficenza lavorativa che andrebbe in caso diverso inesorabilmente perduta.

Oltre a tale attività immediatamente assistenziale, il Patronato a mezzo dell'Ufficio medico provvede col materiale acquisito dagli Istituti provinciali agli opportuni studi per una più vasta e completa tutela dei lavoratori nel campo infortunistico e a raccogliere elementi di indole igienica e profilattica che possono essere di grande interesse per i medici di fabbrica che oggi lo Stato sta istituendo (parecchi sanitari hanno già conseguito la relativa abilitazione).

Inoltre sono già stati fatti interessanti rilievi sul determinismo degli infortuni per quanto riguarda la parte anatomica lesa, il carattere delle lesioni e la causale diretta del trauma onde adottare efficaci mezzi protettivi, la cui applicazione sarà accuratamente seguìta per rilevarne l'utilità o le deficienze.

Tali i vasti compiti che il Patronato Nazionale si prefigge, e a cui dedica il suo amore, la sua fede e tutte le sue più valide energie l'on. prof. Ermanno Fioretti; vastità di compiti che a loro volta tendono ad uno scopo unico: migliorare e accrescere quanto è possibile l'efficenza produttiva del nostro lavoratore, per aumentare col benessere individuale e familiare la potenza della Nazione.

E. C.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

E. JELLIFFE and W. WHITE. *Diseases of the nervous system- a text-book of neurology and psychiatry.* Lea and Febiger, Philadelphia 1929. 5th. Edition.

La 5ª edizione, alla quale il libro è giunto nel breve volger di anni, è un documento più eloquente di qualsiasi elogio. Non è veramente un vero libro di testo nè un manuale, ma un qualcosa d'intermedio. Gli autori hanno esposto con mirabile chiarezza e concisione tutto il dottrinale che si riferisce alle malattie nervose e mentali. Il libro è destinato più a medici ed a specialisti di quello che a studenti. Perciò non tutti gli argomenti sono trattati a fondo, ma invece un posto cospicuo è dedicato a quelle che oggi sono, come si suol dire, sul tappeto e che hanno formato oggetto di particolare studio da parte degli autori. Il lettore leggerà quindi volentieri tutto il capitolo della psicoanalisi, che è discusso dal punto di vista anche onto- e filogenetico, ed al quale si è con particolare amore dedicato uno dei due scrittori, il notissimo dott. Jelliffe. Un altro argomento degno di particolare encomio è quello che si riferisce alle endocrinopatie. Esso va segnalato per la sua obbiettività anche per quanto si riferisce alle ancora incerte ed oscillanti applicazioni terapeutiche. Ma questo tema non sarebbe comprensibile scientificamente, se non fosse stato preceduto

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

da prolegomeni anatomo-fisiologici, i quali vengono esposti in tutti i loro dettagli.

Nella sezione che si riferisce alle malattie mentali sono più specialmente svolti i capitoli della dementia paralytica e delle sindromi schizofreniche; l'una e le altre prese di mira *et pour cause*, nell'ultimo decennio. Il lettore vi troverà raccolte le concezioni più moderne intorno alla patogenesi di queste due psicosi e rimarrà alquanto sorpreso dei consigli psicoterapici, dai quali gli autori si ripromettono qualche giovamento nella cura delle sindromi schizofreniche.

La letteratura raccolta con molta accuratezza, senza essere soverchiamente copiosa, è più che sufficiente per quanti abbiano bisogno di compulsarla per iscrivere qualche speciale monografia.

Il libro è stampato elegantemente con caratteri nitidi e con figure artisticamente meravigliose. G. MINGAZZINI.

M. LAIGNEL-LAVASTINE, A. BARBÉ e DELMAS. *La pratique psychiatrique*. Ed. Baillière, Parigi. Prezzo Fr. 60.

Questa seconda edizione del libro degli egregi alienisti francesi segue a breve distanza di tempo dalla prima.

È un manuale che si prefigge lo scopo di mettere ogni medico pratico in grado di orizzontarsi nella patologia mentale e di risolvere i problemi clinici e medico-legali che s'incontrano nella pratica corrente. È lo scopo è felicemente raggiunto.

In effetti l'esposizione, senza essere rigidamente schematica, è bene ordinata, chiara, intelligibile anche a chi non si occupa particolarmente di psichiatria. DR.

M. ROSENFELD. *Die Störungen des Bewusstseins*. Un vol. di pag. 247. Edit. G. Thieme, Lipsia 1929.

Il libro è diviso in due parti; nella prima vengono esposti i sintomi che si osservano negli individui che presentano un disturbo della coscienza, sintomi psichici, neurologici e generali. La seconda parte è dedicata alla sintomatologia delle alterazioni della coscienza quali si presentano nelle più svariate malattie e ai mezzi diagnostici.

L'A., direttore della Clinica psichiatrica e neurologica di Rostock, ha fondato la sua trattazione su una esperienza personale molto estesa. Lo stile facile, l'esposizione completa e chiara, assicurano la buona fortuna del libro. VALDONI.

J. FROSTIG. *Das schizophrene Denken*. (*Phenomenologische Studien zum Problem der widersinnigen Sätze*). Pag. VIII-87. G. Thieme editore. Lipsia, 1929.

L'A., ben noto a quanti si interessano di psicopatologia, in questo suo recentissimo volume ha analizzato e assoggettato ad una esatta disamina alcuni dei sintomi e disturbi psichici presentati dai dementi precoci.

Campo delle ricerche del Frostig sono stati i disturbi del discorso e della capacità giudicativa di questi infermi e più specialmente le « frasi assurde » da essi usate confrontandole con le « frasi logiche » dei normali.

Lo studio si limita alla analisi e descrizione formale del gruppo di disturbi psichici sopra detti, ed assai giustamente l'A. ha evitato di voler trarre da esso conclusioni sulle cause e sulla genesi dei turbamenti della logica di questi infermi.

In un primo capitolo l'A. tratta del metodo di ricerca impiegato, cui seguono altri dedicati al problema di ricerca posto alle « frasi assurde », e al sogno quale elemento di confronto. Chiude il volume un lungo capitolo in cui sono riassunti i risultati e le conclusioni cui giunge l'A.

Il volume del Frostig rappresenta un notevole e ben riuscito tentativo di approfondire il pensiero dei dementi precoci e sarà certo indispensabile a quanti vorranno inoltrarsi in questo tanto difficile campo di studi.

La sua veste tipografica è dignitosa, degna della grande casa che lo ha edito.

ENDERLE.

J. GERSTMANN. *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse*. Un vol. in-8° di 309 pag., con 17 fig., II edizione. J. Springer ed., Berlin, 1928.

Il dogma della inguaribilità della demenza paralitica, che ha regnato per tanti anni, si avvia verso il tramonto. Ormai, si è dimostrato che, con la malarioterapia, si possono ottenere remissioni che hanno tutta l'apparenza della guarigione ed il metodo di cura è uscito dalla fase di tentativo per entrare nella pratica.

Utile è, quindi, che i medici conoscano le particolarità del metodo ed a ciò serve bene il libro dell'autore. Questi fa la storia della terapia infettiva, accennando ai primi tentativi di malarioterapia (Wagner-Jauregg, 1917) e fornisce poi le regole tecniche per la scelta del materiale, l'iniezione, descrive il decorso degli accessi, il modo di curarli, la conservazione del sangue malarico, estendendosi poi sui risultati clinici ottenuti dall'A. stesso e da altri, i reperti sierologici, anatomo-patologici, ecc.

Esamina poi la questione del meccanismo di azione della malarioterapia, la possibilità di prevenire la demenza paralitica semplicemente applicando in precedenza tale cura alla sifilide non complicata. Accenna ai tentativi fatti con la febbre ricorrente e viene alla conclusione che, con la malarioterapia, si ottiene realmente una regressione del processo.

Segue un'accurata e copiosa bibliografia, fra cui sono anche molti lavori italiani.

A. P.

DR. HANS KRISCH. *Die hysterische Reaktionsweise.* Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1928.

In questo volume, piccolo di mole, ma ricco di esperienza personale, l'A. traccia i criteri principali per la definizione, la terapia e la questione medico-legale dell'isterismo. Come risulta dal titolo stesso dell'opera, l'A. non considera l'isteria come una malattia a sè: egli parla soltanto di reazioni isteriche. La caratteristica fondamentale della reazione isterica l'A. vede nel fine — sia esso di natura materiale, sia ideale — che il soggetto cerca di raggiungere più o meno coscientemente (mai incoscientemente!), attraverso i suoi disturbi.

La fonte generatrice della reazione isterica si trova negl'istinti e negli affetti, mentre la formazione e la modellazione delle singole manifestazioni isteriche sono opera della sfera volitiva ed intellettiva dell'individuo. Sopratutto alla volontà l'A. attribuisce la influenza maggiore nel mantenimento dei fenomeni isterici, una volta stabilitisi.

In conseguenza di questo concetto l'A. ritiene necessario che sia il medico che il perito cerchino, in ogni caso di reazioni isteriche, di dimostrare al paziente la finalità dei suoi disturbi e la responsabilità nel mantenimento dei medesimi.

L'importanza particolare che, dal lato sociale, viene data dall'A. alle reazioni isteriche e gli energici metodi che questi indica per combatterle, rappresentano, a nostro avviso, il merito principale di questa pubblicazione.

FUMAROLA.

E. KRETSCHMER. *Intorno all'isteria.* Ed. Benedetti e Niccolai, Pescia. Prezzo L. 18.

Questo lavoro, che ha già avuto due edizioni tedesche, ha destato molto interesse per l'originalità delle vedute sull'isteria.

L'A. considera i fenomeni isterici come una maniera di reazione grossolana, impulsiva che prevale in individui primitivi, non completamente sviluppati, incapaci di elaborare adeguatamente il materiale dell'esperienza.

La traduzione fatta dal dott. Menesini è fedele e chiara.

La prefazione del prof. Biondi mette in evidenza l'importanza delle applicazioni medico-legali della concezione del Kretschmer.

DR.

N. R. D'ALFONSO. *L'eredità psicologica.* Società Editrice « Dante Alighieri ». Prezzo L. 5.

In questo volumetto l'A. riassume le sue vedute sull'eredità dei caratteri psicologici in genere, e del genio, della delinquenza e della follia in ispecie.

Uno speciale capitolo è dedicato alla quistione della formazione del genio.

DR.

L. LEWIN. *Les Paradis artificiels.* Traduzione francese dal tedesco del dott. GIDON. Editore Payot, Parigi. Prezzo Fr. 25.

Abbiamo detto dei pregi di questa opera in occasione della pubblicazione della traduzione italiana curata dal dott. Clerici.

Il fatto stesso che il libro si va traducendo in varie lingue ne prova il valore.

Anche questa edizione francese è ben curata.

DR.

O. PETRI. *Così... l'umanità.* Editore Bocca, Torino. Prezzo L. 18.

Un libro di istruzione e di educazione. L'A. foggia un tipo di uomo-modello, che per il bene di tutti dovrebbe essere imitato. La disciplina dello spirito deve essere indirizzata a perseguire quest'ideale.

Questi, come in altri suoi precedenti scritti, sono rivolti ad impiegare e sviluppare metodicamente l'osservazione e la riflessione che la subcoscienza esige per essere impressionata.

a. a.

Igiene nervosa in rapporto alla Scuola media. Conferenze agli Insegnanti. Ferrara, Industrie grafiche, 1929.

Con lodevole iniziativa, il prof. Legrenzi, Preside del R. Istituto tecnico di Ferrara, ha invitato alcuni specialisti a tenere agli insegnanti di detto Istituto un corso di conferenze illustranti l'igiene nervosa in rapporto con la Scuola media.

Tali conferenze appaiono ora riunite in questo volume, precedute da alcune lezioni introduttive dei proff. Ghezzi, Colombo, Teglio, Russo, C. Bertolini e M. Cori.

Il prof. Boschi, premesse alcune nozioni di psicologia normale, si occupa dei sintomi e dei quadri psiconevrosici, trattando della neurastenia, della psicastenia, dell'isterismo, delle nevrosi emotive, dando inoltre un'idea chiara e sintetica della psicoanalisi di Freud.

Il dott. Tanfani tratta delle malattie organiche del sistema nervoso che possono maggiormente interessare gli insegnanti delle scuole medie: l'encefalite epidemica, le varie coree, l'atetosi, la malattia di Thomson, il torcicollo, il crampo degli scrivani, i tic, le cefalee, i disturbi della parola, l'epilessia, ecc.

Da ultimo il dott. Padovani descrive la degenerazione illustrandone la definizione, studiando i segni fisici e le anomalie funzionali ed insegnando come si conosce la costituzione nevropatica del fanciullo, come se ne valutino l'intelligenza ed il carattere e dando alla fine un'idea chiara delle psicosi dei fanciulli, delle distimie e delle degenerazioni morali.

L'unione dei medici specializzati e degli insegnanti potrà indubbiamente portare alla auspicata collaborazione medico-pedagogica che sarà di tanto vantaggio per la scuola.

A. ZAMBLER.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il problema etiologico dell'encefalite epidemica.

Secondo F. Marcora (*Gazz. Sanit.*, 5 maggio 1929) il problema etiologico di tale forma morbosa, dopo gli innumerevoli studi e ricerche fatte, resta sempre insoluto.

Nel 1919 Loewe, Hirschfeld e Strauss asserirono che l'encefalite letargica era dovuta ad un virus filtrabile; più tardi Levaditi ed altri AA. identificarono questo virus filtrabile con il virus erpetico.

Anche Kling Davide e Liljequist credettero di aver trovato un virus filtrabile capace di produrre le stesse lesioni anatomiche di quello epidemico; ma ulteriori ricerche tolsero ogni valore alle loro esperienze.

La questione è a questo punto; e se le lesioni anatomiche dell'encefalite epidemica sono molto somiglianti a quelle dei virus filtrabili, si è indotti a pensare che verosimilmente l'agente etiologico dell'encefalite sia un virus filtrabile non ancora noto.

Un'altra opinione avanzata è che l'encefalite epidemica debba considerarsi come l'espressione d'una particolare localizzazione encefalica del virus influenzale. Tuttavia i dati epidemiologici in rapporto a questa pretesa identità tra encefalite ed influenza sono solo apparenti; la stessa diversa contagiosità e diffusione delle due forme testimonia della indipendenza fra esse.

Probabilmente esistono dei rapporti indiretti tra encefalite e influenza; ma allo stato attuale ci mancano gli elementi per poter stabilire la natura e l'entità di tali rapporti.

CARUSI.

Rapporti tra corea del Sydenham e reumatismo articolare.

Sul reperto istologico nelle infezioni reumatiche per ora bisogna fermarsi ai noduli di Aschoff nel miocardio ed altrove; per la corea bisogna ricercare le alterazioni dell'encefalo.

P. Guizzetti (*Pathologica*, 448, febb. 1929) ha esaminato undici preparati microscopici di cardiopatici; in tre ha trovato i noduli reumatici; si trattava di paz. affetti da endocardite reumatica subacuta; in altri tre casi con vizi valvolari, dipendenti da antica infezione reumatica, non si rinvennero noduli.

In cinque casi di corea, i quali all'autopsia presentavano una setticopiemia da stafilococco p. aureo, con endocardite settica, l'A. non ha mai trovato noduli reumatici nell'encefalo.

Dal lato clinico, pur essendo costante nei coreici una lesione valvolare, con una endocardite verrucosa, non si ha mai una progressiva alterazione endocarditica come nel reumatismo.

L'identificazione etiologica tra corea e reumatismo per ora non trova conferma nelle ricerche isto-patologiche, e non si presenta così semplice come si può sospettare a prima vista.

CARUSI.

SEMEIOTICA.

Il fenomeno del mignolo.

È indicato con tale fenomeno da Hans Hoff e P. Schilder (*Deutsch. Med. Woch.*, 29, 1928) l'esagerata abduzione che presenta il piccolo dito, allorchè s'invita il paz. a distendere le mani in avanti, ad occhi chiusi. Questo sintoma giustifica una forma nervosa organica, e secondo gli AA. rappresenta un sintomo precoce della tabe dorsale, e di lesioni del cervelletto, anche quando mancano i disturbi di sensibilità, e infine della sclerosi multipla, allorchè coesiste una lesione cerebellare.

La disposizione a divaricare il mignolo, a braccia tese, a dita leggermente allargate, e ad occhi chiusi, si nota anche nei normali, e sta ad indicare che noi ci rendiamo conto imperfettamente della posizione delle membra nello spazio, senza l'ausilio dei sensi.

Una lesione delle radici posteriori, oltre a presentare disturbi di sensibilità, si accompagna ad una modificazione degli impulsi afferenti, i quali esercitano una influenza sulla posizione del corpo.

Secondo Riddock si può avere il fenomeno dell'abduzione del mignolo nelle paralisi del plesso, per il disturbo di sensibilità; tuttavia questo sintomo indica un disturbo della sensibilità, per una lesione organica del cervelletto.

CARUSI.

Valore semeiotico del riflesso del plesso solare.

Dicesi « riflesso solare » l'insieme delle modificazioni del polso consecutive alla eccitazione del plesso solare, mediante la pressione sull'epigastrio.

Il riflesso è positivo quando si ha una diminuzione della pressione differenziale al Pachon ed una diminuzione del numero delle pulsazioni; invertito quando avviene il contrario; nullo quando non si ha modificazione alcuna.

G. Pintus (*La Riforma Medica*, 23 gennaio 1928) ha studiato il riflesso del plesso solare in 306 malati, in gran parte mentali, nervosi e tubercolotici. Egli ha notato che le modificazioni del polso sono le più svariate, ma che predominano quelle derivanti dalla diminuzione di pressione.

Le modificazioni si manifestano dopo 10-15 secondi, raggiungono la massima intensità nel primo minuto, diminuiscono poi, per cessare dopo tre minuti.

Più che alle variazioni della pressione, l'A. ha posto attenzione alle modificazioni del numero delle pulsazioni ed a quelle della forza, ritmo e tensione del polso, che possono essere apprezzate da ogni medico pratico.

Il riflesso solare non può essere considerato come un sintoma di determinate malattie, perchè troppo incostante è il suo comportamento.

Nella tubercolosi però, l'A. lo trovò sempre positivo forse in rapporto con la diminuzione della secrezione dell'adrenalina che si ha in tali malati e del conseguente abbassamento del tono del simpatico.

VICENTINI.

La citologia del liquido cefalo-rachidiano dei sifilitici.

Dallo studio della citologia rachidiana per mezzo della colorazione vitale con pironina-verde di metile, P. Ravaut e R. Boulin (*Annales de Derm. et Syphil.*, t. VIII, n. 12) sono indotti a distinguere due grandi tipi, o meglio due gradi di gravità crescente di reazione citologica cefalo-rachidiana. Il primo tipo corrisponde all'afflusso di linfociti e di mononucleari medi a nucleo e a protoplasma polimorfi, più o meno inframmezzati da polinucleati.

Questo tipo rivela una infiammazione puramente superficiale, meningea, appare fin dal periodo secondario della sifilide, e, all'infuori della sifilide, nelle infezioni che non hanno il tempo di agire in profondità: la tubercolosi, la meningite cerebro-spinale.

Il secondo tipo si manifesta con l'aggiunta agli elementi precedenti di *plasmazellen* e di grandi cellule mononucleate, rivela una infiammazione profonda, parenchimatosa, e compare nei casi gravi del periodo secondario o terziario, sia nella fase clinica che pre-clinica, raggiungendo il suo massimo grado nella forma anatomo-clinica più generalizzata e più profonda, la paralisi progressiva.

Non compare, o non ha il tempo di comparire nelle infezioni come la tubercolosi e la meningite cerebro-spinale che rispettano di più il parenchima.

Questa distinzione fondamentale spiega la diversità di reazione alla terapia dei tipi cellulari, e trova conferma nella esistenza di due tipi di albumina cefalo-rachidiana.

La nozione della linfocitosi o della semplice mononucleosi è oramai vecchia, e deve essere sostituita da uno studio più profondo della citologia rachidiana, permessa dalla colorazione con pironina-verde di metile.

A. PICCINELLI.

CASISTICA.

I vomiti nevropatici.

Compaiono, il più spesso, in seguito ad un'emozione o ad una scossa morale. Possono essere acquosi od alimentari, generalmente senza dolori; non hanno orario. Possono durare parecchi mesi senza portare dimagrimento notevole. Sono talora sanguinolenti, ad aspetto di sciroppo di lamponi diluito; sono segnalate delle ematemesi, ma si trattava probabilmente di lesioni organiche.

Frequenti il ptialismo e la costipazione, nonchè la pneumatosi intestinale e l'aerofagia. Spesso si nota anoressia a tipo progressivo e l'insonnia; in tali casi, il dimagrimento può essere rapido.

L'esame del malato dà generalmente segni negativi: zone dolorose variabili o di anestesia; la radioscopia mostra uno stomaco di forma normale, con un certo grado di ptosi, ma ad evacuazione normale.

L'evoluzione è variabile; si hanno attacchi, che possono scomparire in seguito ad un'altra scossa morale e ricomparire in seguito.

J. Beloux (*Bull. méd.* 13 ott. 1928) distingue diverse forme cliniche, di imitazione, di simulazione, di abitudine, di pura immaginazione; tali vomiti sono frequenti nel bambino, e gli servono come mezzo di difesa contro l'autorità dei genitori.

Vi sono poi le *forme gravi*, a cui appartengono i vomiti incoercibili della gravidanza.

In presenza di un vomito sospettato nevropatico, si dovrà sempre fare l'esame completo del malato. Si elimineranno le affezioni gastriche (ulcera, cancro, etilismo, ipercloridria), intestinali (appendicite acuta o cronica, stenosi duodenali, occlusione intestinale, periduodenite), addominali (colecistite, pancreatite, coliche nefritiche), affezioni pelviche, le meningiti, i tumori cerebrali, l'uremia, le crisi di emicrania. Nel bambino si penserà anche ai vomiti acetonemici, all'adenopatia tracheo-bronchiale, alla tosse emetizzante.

Trattamento essenzialmente psicoterapico, ricorrendo eventualmente all'isolamento; elettricità, prescrizioni varie (blu di metilene, piccole dosi di siero fisiologico, pillole di tarassaco, ecc.). Si combatterà la costipazione e si lotterà contro l'inanizione (ingozzamento con la sonda, iniezioni di siero glucosato, goccia a goccia rettale). Quando si ricorre all'isolamento, lo si deve fare assoluto; nessuna visita fino a che non siano

scomparsi i vomiti. Talora può essere utile far balenare la minaccia di gravi interventi operativi.

fil.

Le crisi viscerali della tabe.

Le crisi viscerali della tabe appartengono spesso al periodo preatassico: crisi gastriche, enteralgiche, che simulano talora delle coliche epatiche o nefritiche e gettano della confusione nella diagnosi.

Talora, si fa diagnosi di *ulcera gastrica* e, di fatto, della crisi di questa possono esservi tutti i caratteri: il dolore, il vomito, l'ematemesi. Quest'ultima, di solito, nell'ulcera dà del sangue rutilante, in abbondante quantità, mentre nella tabe si hanno il più spesso dei vomiti neri. Nella crisi tabetica, la radiografia mostra uno stomaco piccolo animato da violente contrazioni; di più manca la « nicchia » dell'ulcera.

Ciò non toglie che, alle volte, si erri nella diagnosi e ci porti il malato al tavolo operatorio; un malato è stato operato quattro volte appunto per tali errori.

Altre volte si erra in senso contrario, prendendo cioè l'ulcera per una crisi tabetica, il che è assai raro. I parossismi ad interruzioni brusche, le lunghe ricadute, i vomiti incoercibili, abbondanti appartengono piuttosto alla tabe, in cui, passata la crisi, il malato riprende la vita normale senza limitazioni di regime. È poi ancora possibile la coesistenza dell'una e dell'altra malattia: su 75 autopsie di tabetici, si sono osservati 5 volte l'ulcera e 3 il cancro dello stomaco.

Più difficili sono le confusioni col *cancro*, salvo per quello della piccola curvatura, oppure per il cancro con adenopatia che irrita il plesso aortico. Ma vi sono dei casi che possono mettere in serio imbarazzo il pratico, come quello citato da Roger (rif. in *Journ. des praticiens*, 30 marzo 1929) in cui coesistevano in un tabetico, il cancro della grande curvatura, un'aortite specifica ed una tubercolosi polmonare.

Agevole è la diagnosi con le *dispepsie iperasteniche*, in quanto che la crisi tabetica non si accorda con l'ipercloridria, ma questa può coesistere con quella, ed allora la crisi si inizia di solito 3-4 ore dopo i pasti.

La *pseudotabe polinevritica*, dovuta ad intossicazione (alcool, piombo) o a malattia infettiva può anche essere legata ad una ulcera; vi sono ematemesi, dolore a puntura di spilla, vomiti alimentari. Per la decisione diagnostica, hanno importanza l'anamnesi e la presenza (nella pseudotabe) di formicolii, di dolori alla nuca. Nella tabe, invece, vi saranno i segni concomitanti: abolizione dei riflessi, miosi, segno di Argyll-Robertson.

Si citano crisi tabetiche in un bambino di 6 anni, età in cui la crisi potè essere dapprima confusa con le crisi acetonemiche.

Sono poi da citarsi le crisi gastriche della nefroptosi, le crisi saturnine od anche quelle connesse con l'appendicite, che possono avere punti di rassomiglianza con quelle tabetiche.

Assai più importante è la diagnosi con la *colica epatica*. In questa, la pressione del punto vescicolare esaspera il dolore; si può inoltre avere della febbre, del subittero, dei pigmenti biliari nell'urina, il che manca nella tabe.

La *colica nefritica* è talvolta di distinzione malagevole, tanto che si è proceduto alla nefrectomia in forme fruste di tabe. Ma le crisi pseudonefritiche della tabe sono molto più lunghe; possono durare anche otto giorni, mentre quelle vere nefritiche non oltrepassano le 48 ore. In entrambi i casi, vi può essere anuria ed anche uretrorragia. Il dolore della colica vera è spesso esagerato dalla pressione alla regione renale.

L'orientamento diagnostico verso la tabe sarà determinato dalla ricerca dei vari segni di questa.

fil.

Le algie catameniali.

Kreis (*Le Jour. Med. Franc.*, n. 12, 1928) considera tutte le algie catameniali e tutti i disturbi che vanno sotto il nome generico di « dismenorrea », piuttosto di ordine generale che genitale. Essi avrebbero una patologia unica; che sarebbe l'espressione di disordine del sistema nervoso vegetativo.

Fenomeno principale della dismenorrea è il dolore ed a seconda della sede l'A. divide le algie in quelle a sede genitale ed in quelle extragenitali.

Per queste ultime anzitutto bisogna prendere in considerazione gli organi vicini, che possono essere sede del dolore per riacutizzazione, durante il periodo mestruale, di uno stato infiammatorio latente (vescica, ureteri, ma sopratutto il colon è la sede preferita dei dolori catameniali extragenitali). La colite col suo sintoma stipsi, si riacutizza durante il periodo mestruale, aumentano le difficoltà nell'evacuazione dell'alvo, oppure qualche volta si ha diarrea. I dolori possono essere localizzati all'ipocondrio di destra o di sinistra.

Le algie localizzate agli organi genitali si dividono in forme spasmodiche pure ed in forme utero-sacrali. Le prime sono rare, nè è necessario che l'utero sia sede di lesioni anatomiche per spiegare il dolore.

L'A. nega che tali lesioni siano la causa di dismenorrea, ed infatti i dolori non durano mai tutto il periodo mestruale.

E poichè tali forme spasmodiche sono dall'A. considerate essenzialmente funzionali, nella cura di esse molto valore ha la suggestione. Ogni individuo ha il suo punto debole, che

tradisce una lesione latente o una ipereccitabilità del suo sistema nervoso e quindi si comprende come alcune donne, durante il periodo mestruale, abbiano il loro punto debole nell'utero.

Più frequenti sono le forme utero-sacrali. la cui patogenesi è in rapporto coi disturbi intestinali. I legamenti utero-sacrali passano ai lati del retto, e risentono ogni processo infiammatorio che abbia sede al retto o all'intestino. Essi diventano più rigidi, edematosi; l'utero contraendosi durante le mestruazioni, esercita una trazione sui legamenti utero-sacrali indolenziti ed il dolore è ritmico, acuto, tanto più vivace quanto più le contrazioni sono spasmodiche.

Con l'esplorazione del fornice posteriore e con l'esplorazione rettale, la diagnosi non è difficile. Il trattamento è quello riguardante la stipsi in generale.

L'intervento operatorio è giustificato solamente in presenza di tumori o di malformazioni o lesioni infiammatorie intrapelviche ben manifeste.

A. P.

Gli spasmi vascolari della retina.

Sono spesso connessi con l'emicrania oftalmica, ma possono esistere anche altri tipi di spasmo.

Baillard ne distingue due gruppi, a seconda che lo spasmo si porta sul tronco o su tutte le branche dell'arteria centrale della retina, oppure, invece, sopra una branca isolata.

Il segno principale che colpisce il malato è un annebbiamento che si manifesta improvvisamente, più o meno opaco, raramente totale, ma che però impedisce o disturba la lettura, il lavoro, ecc. Il malato può, per altro, traversare la strada, dirigersi senza aiuto ed, almeno, vedere i movimenti della propria mano. Talora il disturbo visivo è accompagnato o seguìto da cefalea frontale od orbitaria leggera e da una sensazione di costrizione dietro l'occhio. Spesso, persiste per qualche tempo una lieve dilatazione pupillare ed un certo grado di paralisi dell'accomodazione.

I caratteri essenziali che differenziano gli spasmi retinici dall'emicrania oftalmica ed. in genere, da tutte le cecità per angiospasmo di origine corticale sono, secondo M. Aubaret e J. Sedan (*Journ. des praticiens*, 26 genn. 1929) i seguenti:

1) la forma emiopica è del tutto eccezionale;

2) la localizzazione è, più spesso, unilaterale, mentre, nell'accidente corticale è sempre bilaterale;

3) la cecità non è mai completa, mentre essa è assoluta nell'angiospasmo corticale.

Esistono poi dei segni obbiettivi, rivelati dall'oftalmoscopio, consistenti in restringimento ed ischemia vascolare.

Alcuni angiospasmi sono associati a lesioni retiniche anteriori, altri, al contrario, determinano delle lesioni retiniche del nervo ottico.

Gli AA. hanno osservato questi spasmi con una certa frequenza fra i medici e riportano il caso di un medico di 43 anni, che soffriva di litiasi renale sinistra e presentava delle crisi di obnubilazione visiva ed anche di cecità temporanea dal lato sinistro, che duravano anche un quarto d'ora. Tutte le crisi erano precedute da una sensazione di angoscia profonda. Durante una di esse, si potè osservare ischemia retinica e diminuzione di calibro dei vasi, il che dimostrava trattarsi di angiospasmo. Contemporaneamente alle maggiori sofferenze del rene sinistro, il malato notava diminuzione dell'acutezza visiva del lato sinistro.

fil.

L'emicrania oftalmica

L'emicrania oftalmica isolata o precedente una crisi di emicrania temporo-frontale, non guarisce spontaneamente come la emicrania temporo-frontale consueta, di cui essa rappresenta una forma od una complicazione, ben diversa dall'emicrania oftalmoplegica.

Per Didsbury (*Paris médical*, 9 febbr. 1929), il migliore elemento diagnostico, è la ricerca dei punti dolorosi, molto precisi e molto netti, al punto di emergenza dei nervi periferici, grande nervo ricorrente di Arnoldt, nervo frontale e ganglio cervicale superiore del simpatico.

Il trattamento col massaggio e le manovre superficiali sui nervi periferici costituiscono, secondo l'A., una vera terapia di paragone per l'emicrania oftalmica.

fil.

Cefalee parossistiche.

C. W. McClure e M. E. Huntsinger (*New England Journ. of Med.*, 27 dic. 1928) rilevano che, negli accessi a tipo emicranico, sono stati definitivamente accertati dei disturbi nel metabolismo dei lipidi, uno stato abnorme della funzionalità epatica ed una sensibilizzazione positiva alle proteine.

Gli AA. dubitano però che entri in gioco uno stato anafilattico o di allergia. Credono che l'atonia duodenale, attestata dai raggi X nelle cefalee emicraniche, sia secondaria. Avanzano l'ipotesi che il fattore primitivo sia dato dalla disfunzione epatica. In rapporto con questa ipotesi sta la frequenza con cui negli emicranici si dichiarano la colecistite cronica e l'ulcera peptica.

Come deduzione terapeutica, gli AA. stimano indicata la somministrazione di solfato di magnesia, per via intraduodenale. Giova anche sorvegliare l'alimentazione.

R.

Neuroma traumatico.

È noto che tagliando un nervo alla fine del moncone centrale si forma un neuroma che è formato dalla rigenerazione dei cilindrassi per raggiungere il moncone periferico. Molte volte essi sono causa di dolore o per imbrigliamento o per neurite.

Per evitare la formazione di neuroma sono stati escogitati mezzi meccanici col taglio del moncone centrale, chimici come iniezione di formalina al 5 % di acido fenico liquido.

Beswerschenko (*Zentr. f. Chir.*, 1929, n. 8) ha sperimentato i vari metodi su 20 cani. Col metodo di Fedoroff solamente (acido fenico) ha visto che dopo due mesi non si è formato alcun neuroma nel moncone centrale, mentre con il metodo di Förster (formalina) con l'iniezione di alcool, con la cauterizzazione si osservava la formazione di tipici neuromi.

Cosicchè il metodo di Fedoroff è il più adatto per evitare la formazione di neuromi e dei dolori ad essi legati.

R. BRANCATI.

TERAPIA.

Osservazioni cliniche sul meccanismo d'azione degli analgesici.

Gli analgesici sintetici, i salicitati, i derivati dell'antipirina, l'atophan, sono anche degli antipiretici e come tali essi agiscono sul centro termoregolatore dell'ipotalamo. L'antipirina, secondo recenti ricerche, sembra abbia azione sugli apparati centrali profondi: Sato infatti ha osservato che con l'uso di essa si può inibire la comparsa di alcune forme di iperglicemia d'origine centrale; il che si può spiegare con un'azione dell'antipirina sui centri glicoregolatori.

Questa affinità degli analgesici per i centri vegetativi profondi ha condotto Hoff e Wermer (*Klin. Woch.*, 12 marzo 1929) a formulare l'ipotesi che anche l'azione analgesica si possa interpretare come dovuta ad una azione sui centri del midollo allungato.

Gli AA. per studiare clinicamente tale problema, hanno determinato col metodo di Martin-Macht la soglia dello stimolo doloroso, provocato mediante la corrente faradica di un comune induttore a slitta, prima e dopo la somministrazione per via orale o endovenosa di un analgesico.

L'iniezione di atophanil e la somministrazione di piramidone elevano la soglia dello stimolo, non solo in individui normali, ma anche nei malati di diverse malattie nervose. In cinque casi di lesioni talamiche (fra i quali due casi di tumore) si ebbe una modificazione della soglia soltanto dal lato sano, mentre dal lato della lesione non vi fu modificazione apprezzabile.

In tre casi, gli AA. hanno studiato anche l'azione della morfina, che però dette bilateralmente una reazione normale, cioè un elevamento della soglia. Ciò, con tutta probabilità, è dovuto al fatto che la morfina agisce sulla corteccia, mentre il piramidone e l'atophanil agirebbero sul talamo. In un caso fu possibile porre la diagnosi esatta di lesione talamica in base alla mancanza di reazione all'atophanil.

A. POZZI.

Nelle contratture parkinsoniane.

Non esiste attualmente un metodo di cura efficace per le sindromi parkinsoniane. Si alternerà la scopolamina con gli altri alcaloidi, oppure si potrà dare la iosciamina, la quale è però *molto tossica.*

Iosciamina cristallizzata	mg.	1
Solanina	cg.	1
Benzoato di sodio	»	10
Estratto di genziana	»	5

Per una pillola. Una ad ogni pasto per 10 giorni del mese.

È stata proposta anche l'atropina, sia per bocca che per iniezione, alla dose di 1 mg. al giorno. Alcuni l'associano al cloridrato di ioscina:

Cloridrato di ioscina	cg.	2
Atropina	»	1
Acqua	g.	150

Da prendere tre cucchiaini ogni 24 ore.

L'eresina, il gardenal, il solfato di duboisina sono infedeli.

Guillain e J. Dubois (*Journ. de méd. de Paris*, 9 maggio 1929) consigliano la tintura d'arnica, alla dose di 50 cg. a 3 g.

Recentemente è stata consigliata la polvere di Datura stramonio, che si dà a dosi progressivamente crescenti da 20 a 70 cg. Si deve evitare la costipazione e diffidare degli incidenti di intossicazione.

fil.

Un trattamento dell'emicrania.

Rook (*Journ. de méd. de Paris*, 9 maggio 1929) consiglia il metodo seguente.

Un'ora prima di alzarsi, prendere un cucchiaio di una soluzione di solfato di magnesio a 50 % e, subito dopo alzati, un gran bicchiere di acqua calda o di tè leggero e caldo. Durante il periodo di attesa fra la presa del solfato e quella dell'acqua, l'individuo starà coricato sul fianco destro. Soltanto 12 ore dopo (*sic*), si permetterà l'alimentazione solida. Sul principio, fare tale procedimento due volte la settimana e poi una volta.

Regolare le evacuazioni fecali, provvedere per il riposo psichico e per una dieta senza grassi, nè bevande eccitanti.

fil.

Il tartrato di ergotamina nell'emicrania.

L'ergotamina è un alcaloide estratto dalla segala cornuta; essa è antagonista dell'adrenalina e dell'efedrina. Annichila gli effetti del gran simpatico, paralizzando la sua azione, tanto eccitatrice quanto inibitrice. Essa è già stata tentata in molte affezioni in cui sembra manifesta l'ipertonia del gran simpatico: nel morbo di Flaiani-Basedow, nella tachicardia parossistica, nella prurigine.

A. Tzanck (*Journ. del méd. de Paris*, 18 aprile 1929) l'ha tentata, e sembra con successo nell'emicrania, usando il tartrato di ergotamina il quale, alla dose di 2 mg. potrebbe fare scomparire una crisi di emicrania già iniziatasi, alla condizione di essere usato ai primi sintomi. Con l'uso di esso, si possono distanziare di molto le crisi (gli intervali verrebbero triplicati) ed anche, nei casi fortunati, sopprimerle per dei mesi. Naturalmente, non è il caso di parlare di guarigione poichè, sospeso il medicamento, le crisi ricompaiono. Ma è possibile, con opportuni tentativi, di arrivare ad un regime di mantenimento. A tale scopo, l'A. prescrive la dose di 2 mg. al giorno, dose che si raddoppia quando l'emicrania sembra imminente. Il più spesso, si può poi ridurre la dose ad 1 mg. al giorno. Parecchi malati hanno così potuto sopportare benissimo 60 mg. al mese.

Certamente, la somministrazione di questo rimedio eroico va sorvegliata, tanto più che di esso non si conoscono ancora del tutto gli effetti. In generale, l'A. non ha osservato inconvenienti di sorta; in un caso, la somministrazione non si è potuta continuare per l'insorgenza di dolori addominali, al periodo mestruale; in altre malate, al contrario, l'ergotamina ha reso più regolari e meno dolorosi i periodi mestruali.

fil.

Cura dell'anosmia.

Se ne occupa E. Feldstein (*Journ. des Praticiens*, 1929, n. 19).

Se l'anosmia è legata a cause meccaniche, le quali ostacolino il passaggio dell'aria nella zona olfattiva, richiede un intervento chirurgico: l'asportazione dei polipi, la resezione di un cornetto o la resezione sottomucosa del setto, possono far scomparire le anosmie più inveterate. Lo stesso risultato si ottiene riparando l'atresia delle narici o l'ostruzione delle coane.

Le altre anosmie sono legate a cause infettive, a cause tossiche od a lesioni nervose centrali. Si mostrano tutte più ribelli alle cure: se datano da oltre due anni, possono considerarsi incurabili. Si consiglia anzitutto di sopprimere i fattori irritanti locali (come fiutare tabacco, fumare, praticare irrigazioni nasali antisettiche, ecc.; inalare gas e vapori in certi mestieri). Si può tentare la rieducazione respiratoria nasale (docce d'aria sotto pressione, esercizi respiratori) e quella olfattiva (con gamme di odori tenui). Si può tonicizzare il senso olfattivo mediante polveri a base di stricnina o di canfora; per es.: Solfato di stricnina g. 0,1, Polvere d'iris g. 0,5, Lattosio gr. 10 (2 fiuti al giorno). Si sono anche prescritte delle docce endonasali d'anidride carbonica.

O. F.

La puntura lombare nel trattamento dell'elettrocuzione.

Jellinek ha da tempo dimostrato che il passaggio della corrente elettrica attraverso il corpo umano provoca un'iperproduzione di liquido cefalo-rachidiano. Da ciò egli inferì che la maggior parte dei disturbi determinati dall'elettricità devono mettersi in conto dell'ipertensione intracranica e che in conseguenza la puntura lombare è la cura più indicata.

Al riguardo Jellinek (*Wiener klinische Woch.*, 1928, 3 maggio) riferisce alcune osservazioni personali.

Nel primo caso si trattò di un agente tramviario di 32 anni che fu colpito da una corrente elettrica di 110 volts. Perdette per breve tempo la conoscenza, riprese le proprie mansioni lo stesso giorno, ma l'indomani fu colpito da violento mal di capo che l'obbligò ad abbandonare il servizio. Undici giorni dopo l'infortunato soccombeva con intensissimi fenomeni di eccitazione cerebrale. L'autopsia fece rilevare un edema cerebrale e midollare molto intenso.

Nel secondo caso si trattò di un individuo di 34 anni investito da una corrente elettrica di 220 volts, con morte immediata. Anche in questo caso l'autopsia dimostrò edema cerebrale con intensa congestione.

La terza osservazione riguarda un individuo di 25 anni che perdette la coscienza dopo aver toccato un cavo elettrico di 5000 volts. L'infortunato fu, secondo il metodo dell'autore, sottoposto a prolungata respirazione artificiale. Recuperò i sensi, ma fu subito dopo preso da un'intensa agitazione, tanto che si dovettero adoperare mezzi di contenzione.

Presentava trisma intenso, opistotono e violente crisi tonico-cloniche. Si praticò la puntura lombare che dette un liquido sanguinolento. Dopo la fuoriuscita di 25 cmc. di liquido cefalo-rachidiano lo stato del paziente migliorò sensibilmente: il polso divenne più pieno e più celere, la respirazione più profonda, mentre la coscienza si faceva più lucida.

DR.

Trattamento chirurgico dei tumori cerebrali.

Sono note di tecnica, frutto di un'esperienza di molti anni, che hanno una importanza grandissima nella chirurgia dei tumori cerebrali.

Secondo M. Thierry De Martel (*Journal de Chirurgie*, gennaio 1929) l'emorragia è l'ostacolo più difficoltoso nella chirurgia nervosa, che, prima di ricercare i mezzi per arrestare, occorre rendere più lieve che sia possibile. È opportuno anzitutto che l'ammalato, che viene operato in anestesia locale, sia a testa alta, nella posizione più conveniente per una facile respirazione, *la posizione seduta*, quella cioè che istintivamente prende ogni infermo che respira difficilmente; ogni anestesia asfissiante deve essere soppressa.

La posizione seduta a testa elevata viene realizzata agevolmente con una sedia-lettino, ideata dall'A., che permette all'occorrenza di ottenere anche la posizione orizzontale (sincope). Durante l'intervento il chirurgo può parlare al malato e ciò è un gran mezzo di controllo.

Occorre praticare l'apertura del cranio più rapidamente che sia possibile e provvedere scrupolosamente nel corso dell'operazione alla emostasi.

Il lavaggio continuo con soluzione fisiologica calda (42-48°) permette di riconoscere i punti che sanguinano e l'impiego di pezzettini di muscolo di coniglio, applicati sulla superficie sanguinante, aderendovi quasi istantaneamente, ne assicura l'emostasi definitiva.

Usando tali accorgimenti l'A. ha potuto ridurre notevolmente la mortalità operatoria nell'ablazione dei tumori cerebrali; questa è passata dal 60 % (10 anni or sono) al 50 %, poi al 20 e 25 % attualmente.

C. GIACOBBE.

Nell'eccitazione nervosa.

Bromuro di sodio gr. *cinque*
Tintura eterea di valeriana gr. *cinque*
Sciroppo di fiori d'arancio gr. *trenta*
Acqua gr. *cento*
4-5 cucchiai al giorno.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. S., da Napoli:

Ricerca delle inclusioni di Döhle. Fissazione dello striscio di sangue in alcool metilico; colorazione con qualsiasi metodo usato per il sangue, anche col blu boracico di Manson, diluito a 1/40. Cercare specialmente all'orlo dello striscio, dove si accumulano i leucociti. La ricerca ha un valore relativo.

Colorazione del sangue col metodo Pappenheim (May-Grünwald-Giemsa).

1) Coprire lo striscio asciugato all'aria (non fissato!) con il liquido di May-Grünwald, misurandone la quantità che si versa (numero di gocce o pipetta calibrata). Lasciare per 3';

2) Sullo stesso vetrino (senza gettare il liquido precedentemente versatovi) aggiungere la stessa quantità di acqua distillata e lasciare per altri 3';

3) Gettare la soluzione e lavare con acqua distillata;

4) Colorare con liquido di Giemsa (la consueta diluizione di 1 goccia per 1 cmc.); si consiglia di mettere il preparato con lo striscio in basso in un recipiente contenente la soluzione; colorare per 20'-30';

5) Lavare con acqua distillata ed asciugare.

Nella pratica corrente, può essere sufficiente il solo May-Grünwald (operazioni a 1 a 3).

fil.

Al dott. G. D. S., da O. C.:

Il vero nome del liquido che, per antonomasia, si chiama etere, è *etere etilico*, dalla formula $\left.\begin{matrix}C_2H_5\\C_2H_5\end{matrix}\right\rangle O$. Si chiama etilico, perchè derivante dall'alcool etilico. La denominazione di etere solforico è errata ed è basata sul processo usato per ottenere l'etere, distillando cioè una miscela di alcool etilico e di acido solforico.

Il prodotto grezzo viene poi depurato, ottenendosi così l'*etere comune officinale;* questo, a sua volta, viene ulteriormente depurato e si ottengono così l'*etere rettificato*, quasi esente da acqua ed alcool e quello *per anestesia*, che ha un grado maggiore di purezza.

Le impurità che possono accompagnare l'etere sono specialmente: acidi liberi, acido solforico, aldeidi ed alcool.

Per la pertosse sarebbe consigliabile l'uso dell'etere rettificato o di quello per anestesia; in pratica, il farmacista le darà quello che ha e che egli stesso acquista dai grossisti.

fil.

VARIA.

Il destino di pazienti con gravi alterazioni del carattere dopo encefalite epidemica.

Engert e Hoff (*Deutsche med. Wochenschr.*, n. 5, 1929) ritengono che i pazienti si possono distinguere in due gruppi: pazienti in cui esistevano nette manifestazioni di natura organica (sintomi parchinsoniani, disturbi del respiro, disturbi endocrini) e pazienti senza difetti organici oppure con difetti appena accennati. Quaranta pazienti del primo gruppo e 55 del secondo gruppo, che, all'epoca della epidemia, erano in gran parte in età infantile vennero controllati a distanza di 8-10 anni dalla malattia. In 80 casi residuarono alla malattia delle alterazioni del carattere: 45 al momento dell'esame avevano meno di 18 anni, 35 avevano più di 18 anni. Dei 45 pazienti di meno di 18 anni, 17 presentavano anche difetti organici; di essi 4 erano immobili a letto, non potevano articolare parola e dovevano venir alimentati, nessuna manifestazione psichica si osservava più. Sei altri ricoverati in istituti, male si adattavano all'ambiente, davano noia ai compagni e li derubavano; con l'andar del tempo tutto il comportamento psichico di questi pazienti si faceva più ottuso, gli accessi d'ira più rari, così pure i furti. In migliori condizioni si trovavano i pazienti adibiti ai lavori dei campi. Di tutto il gruppo di pazienti solo 7 divennero criminali; di essi solo 2 condannati. Dei 30 casi che non presentavano manifestazioni organiche residuate dall'encefalite soltanto 3 vennero a guarigione e 5 presentarono un miglioramento. La maggior parte degli altri bambini divennero criminali. In 11 di essi era chiaramente evidente il carattere patologico della criminalità: piccoli furti inutili, accessi terribili di ira. Altri 8 pazienti manifestavano le loro tendenze dissociali solo verso la famiglia e l'ambiente stretto; non venivano in conflitto col codice penale che per vagabondaggio. In 11 altri pazienti l'intelletto ed il carattere andavano invece di pari passo; essi trovano soddisfazione nella menzogna, nel delitto, nella disoccupazione.

Rozzezza, ottusità di sentimento ed egoismo sono i moventi delle loro azioni. Questi pazienti hanno una grandissima forza di persuasione e volontà di autorità così da dominare completamente i compagni. Di solito questi pazienti hanno avuto forme particolarmente leggere di encefalite; stadio acuto caratterizzato solo da cefalee, lievi elevazioni termiche, disturbi del sonno relativamente brevi. È grande la somiglianza di questo gruppo coi cosidetti delinquenti nati.

I 36 pazienti che al momento dell'esame avevano superato il diciottesimo anno, presentavano una prognosi migliore. Di essi 15 divennero criminali. Molti migliorarono notevolmente in seguito al ricovero in istituti, o al lavoro nei campi; un effetto meno buono esercita l'ambiente cittadino.

Sembra dunque che le modificazioni somatiche e del carattere che si manifestano alla fine della pubertà sieno in grado di migliorare il quadro morboso delle modificazioni post-encefalitiche del carattere.

POLLITZER.

L'avvenire degli encefalitici.

L. Ziegler (*Journ. amer. med. assoc.*, 21 luglio 1928) ha fatto in proposito un'inchiesta su 754 individui che avevano sofferto in modo indubbio di encefalite. Nella maggior parte dei casi, quando non si ha rapidamente la morte, si hanno delle sequele che l'A. considera come manifestazioni di encefalite prolungata. I casi di guarigione completa sono rari; talvolta, però, allo stato di parkinsonismo, l'evoluzione può rimanere stazionaria ed il malato può riprendere, più o meno, le sue occupazioni.

In qualche caso, si sviluppano delle psicosi od il quadro tipico di demenza precoce.

Per quanto riguarda i rapporti con la gravidanza, di 4 donne incinte al momento dell'encefalite, una sola abortì. Molte donne portarono poi a termine una o più gravidanze.

Sono frequenti emicranie ribelli e diplopia persistente.

Nel complesso, risulta una mortalità di 13,2 per cento ed una proporzione di guarigioni complete (sic) di 1,3 %, in cui sono compresi i casi che si mantengono tali dopo 5 anni e mezzo. Per quanto riguarda la capacità lavorativa, il 15 % è capace di fare regolarmente un mestiere ed un altro 15 % capace di lavorare. La guarigione può osservarsi anche nei malati che ebbero forme gravi, ad eccezione della sindrome parkinsoniana che, se può essere arrestata nella evoluzione, non retrocede che eccezionalmente.

Dal punto di vista terapeutico, la scopolamina ha dato i risultati migliori; il cacodilato di sodio non ha alcun valore tonico.

L'A. ha anche tentato l'uso di un vaccino preparato con degli streptococchi isolati da encefalitici, ma non ha ottenuto risultati migliori che con altri mezzi.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

A. CERNEZZI. *Il cloruro di sodio nella tossiemia da occlusione alta del tubo gastro-enterico ed in taluni casi di vomito incoercibile.* — F. Vallardi, Milano, 1929.

R. A. BRANDAN. *La sensibilidad meteorica del tuberculoso pulmonar.* — Imprenta Universidad, Cordoba, 1929.

R. A. BRANDAN. *Asma y agentes meteoricos.* — Grafic. Cubas Madueño, Cordoba, 1928.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Si è riunito il Direttorio del Sindacato Medico Fascista a cui sono intervenute diverse personalità mediche dallo stesso Direttorio invitate, ed è stata ampiamente trattata la tariffa delle prestazioni medico-chirurgiche.

Dopo accurato esame e serena discussione è stata approvata una tariffa sia delle prestazioni medico-chirurgiche generali come delle specialità.

Si è discusso sulla organizzazione delle mutue demandando al Direttorio la soluzione dei vari problemi di assistenza mutualistica da sottoporsi all'approvazione delle superiori gerarchie.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARLETTA (*Bari*). — 1ª cond. med.; L. 9500 elevabile a L. 11.000 a seguito di due quadrienni; c.-v. L. 500 per servizio med. a Montaltino; scad. ore 14 del 31 ag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 13 lug.; tassa L. 50.

CALANNA (*Reggio Calabria*). — Età mass. 35 a. L. 6000, 4 quadrienni del dec., indennità cavalcatura L. 2500. Scad. 25 ag.

CASSOINE (*Sassari*). — Scad. 15 ag.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 800 uff. san., L. 800 arm. farm.

CATANZARO. *Consorzio Provinc. Antiluberc.* — Direttore dei Dispensari del Consorzio di Nicastro e Tropea; a ore 17 del 30 ag.; età lim. 30-40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 15 mag.; esami e tit.; stip. L. 14.000 oltre L. 200 mens. per trasp.; nom. e conferme biennali. Chied. annunzio.

CAVE (*Roma*). — Seconda condotta. L. 9500 per i primi 1000 poveri, 5 quadrienni del decimo. Scad. 25 ag.

CHIETI. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Coadiutore Sezione Chimica del Laborat. Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 12.000, con 5 aumen. quadrien. di L. 1000 ciascuno. Indennità servizio attivo L. 2000, caro viveri e 10 % sul provento delle ricerche ed analisi. Documenti di rito, tassa L. 50,10, e domanda in carta bollo L. 2 debbono pervenire alla Segreteria non oltre le ore 12 del 15 settembre 1929. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

CINISI (*Palermo*). — Scad. 31 ag.; L. 8500; tassa L. 50,10; assunz. serv. entro 2 mesi dalla nomina.

COMO. *Ospedale S. Anna e Uniti.* — Tre posti di medico chirurgo aggiunto. Scadenza 15 sett. Esami e titoli. L. 4500 lorde, partecipazione proventi privati paganti. Nomina per 3 anni (dopo un anno di prova) senza diritto a riconferma. Dopo un biennio, diritto a concorrere come medici-chirurghi aiuti. Assunzione servizio: per due, 15 giorni dopo le nomine, come medici interni con alloggio e vitto; il terzo al 1° gennaio 1930.

GENOVA-RIVAROLO. *Ospedale Celesia.* — Primario chirurgo Direttore Sanitario. Scad. 25 ag. ore 16. Età non sup. ai 40 anni al 25 luglio, laurea da non meno di 6 anni, servizio di aiuto in Clinica o grande ospedale da non meno di 3. Elenco titoli in 3 esemplari. Indicare *curriculum vitae* e dimora attuale. L. 6500 lorde, 1500 p. inden. Direzione, 40 % tasse di operazioni, compartecipazione proventi ambulatorio. Nomina per 2 anni, conferma esplicita per ogni quinquennio.

IESI (*Ancona*). — Quattro condotte: una urbana e tre rurali. Stipend. L. 8000 la prima, L. 8500 per le rurali più indenn. di cavalcatura variabile da L. 1000 a L. 3000. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 16 settembre. Richiedere bando di concorso alla Segreteria comunale.

LEQUILE (*Lecce*). — Per i poveri del Comune e della frazione Dragoni. Età massima 40 a., s. e. l. L. 8500 per i primi 1000 poveri, L. 3 per ognuno fino a 1500, L. 5 oltre; 5 quadrienni del decimo. Eventualmente uff. san. L. 1000. Scad. 31 ag.

MERCATELLO (*Pesaro e Urbino*). — Scad. 31 agosto. L. 9000 per i primi 500 poveri; L. 2 per ogni povero in più fino a 1000, L. 3 oltre i 1000. Cinque quadrienni del decimo dello stip. base. Cavalcatura L. 3000. Uff. san. L. 300. Età 25-40 a. Condotta unica, abitanti 3000.

MOTTALCIATA (*Vercelli*). — Consorzio 4 comuni; L. 8000 oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 150 ambulatorio, L. 3500 locomozione (auto o cavallo). Scad. 20 agosto. Tassa L. 50,10.

MUGGIA e S. DORLIGO DELLA VALLE (*Trieste*). — Consorzio. Scad. 31 ag. Età massima 35 a., salvo per chi ha prestato servizio di condotta o di Cassa malati (2 anni). L. 8000 lorde, con L. 2 per ogni povero in più dei 1000; 4 quadrienni del decimo; c.-v. Trasporto L. 3000 (carrozza o auto), 1000 (motociclo), 300 (bicicletta). Estensione 40 kmq. in parte montuosa; 5458 abitanti, 240 poveri.

NORCIA (*Perugia*). — Condotta residenz. in Campi-Ancarano. L. 9800, con 3 quinquenni del decimo, indennità serv. att. L. 2100, c.-v. Scad. 31 ag.

OCCHIEPPO SUPERIORE (*Vercelli*). — La scadenza del concorso fissata pel 18 luglio u. s. è prorogata al 20 agosto.

ORBASSANO (*Torino*). — Scad. 20 ag.; L. 8000 e indennità.

OSTRA-VETERE (*Ancona*). — Al 22 ag.; L. 9000; addizion. L. 3 oltre il 25 % della popolaz.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PETRELLA SALTO (*Rieti*). — Per la 1ª zona. Stipendio annuo lordo L. 9500; compensi addizionali L. 5860; indenn. cavalc. L. 3000; 4 aumenti quadriennali L. 950. Età min. anni 21; mass. 35. Scad. 15 settembre.

PINGUENTE (*Istria*). — Consorzio Sanitario fra i comuni di Pinguente e Rozzo. Stipendio annuo L. 9600 oltre L. 4000 per indenn. trasferta e caro viveri. Aumento di un decimo ogni quadr. e per quattro quadr. Eventuale incarico servizio Uff. Sanit. compenso annuo L. 1100. Scadenza 3 settembre. Tassa concorso L. 50,15. Per altri chiarimenti rivolgersi al Municipio di Pinguente.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto; v. fasc. 30. Scadenze 24 e 31 agosto.

SALERNO. *Ospedali Riuniti.* — Proroga 30 set.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Direttore e Assistente Sezione Chimica. Stipendio annuo lordo L. 18.000 pel Direttore e L. 12.000 per gli assistenti. Indenn. servizio attivo L. 2000. Scadenza ore 18 del 31 agosto. Per informazioni rivolgersi Segreteria della Provincia.

VOLTA MANTOVANA. — Medico della prima condotta e Direttore operatore Osped. civ. Età massima a. 40. L. 8000 lorde, 5 quadrienni del dec., c.-v., L. 1200 per indennità Direttore Osped., lire 2500 per mezzo trasporto (cavallo od auto). Unire voti laurea. Scad. ore 18 del 31 ag. Nessuna tassa concorso.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Genova.

I danni delle polveri e le malattie polmonari in una conferenza del prof. Luigi Devoto.

Per iniziativa della R. Accademia Medica il 24 maggio u. s. il prof. Devoto tenne, presente un folto pubblico, un'applaudita conferenza sulla « Patologia polmonare da polveri e tubercolosi polmonare ». L'illustre direttore della Clinica del Lavoro di Milano, premesso un memore saluto ai valorosi medici liguri caduti in guerra e ch'egli ricordò nella ricorrenza del 24 maggio, entrando nel vivo dell'argomento che formò oggetto di relazioni e discussioni al recente Congresso per le Malattie del Lavoro a Lione, osservò che il problema delle polveri, passato per un momento in seconda linea grazie ai progressi delle conquiste e delle applicazioni dell'elettricità nelle più importanti manifestazioni della vita (ferrovie, trams, ecc.) per le trasformazioni radicali di molte pavimentazioni stradali, va risorgendo e s'impone alla considerazione generale. L'organismo umano ha delle buone difese, dice l'O., nelle sue vie aeree superiori contro il pulviscolo che in grande quantità viene inalato da chi vive specialmente nelle città. Tali difese peraltro a poco a poco si esauriscono, quando non siano assenti, come occorre nei casi di adenoidismo, così frequenti per lo appunto nei gracili fanciulli cittadini, contro la quale malattia si è rivolta provvidamente l'attenzione del Capo del Governo, che vedrà anche qui dei successi.

Vi sono polveri come quelle di silice che, inalate a lungo, danno malattie specifiche ben note (le silicosi) e rendono l'operaio inetto al suo lavoro. Spesso si innesta in questi operai il bacillo della tubercolosi con ben gravi conseguenze, come avveniva per il passato nei cavatori d'ardesia del Chiavarese.

L'O. ricorda le tristi odissee degli operai italiani del Friuli ed altre regioni, che ritornavano ammalati dall'Africa del Sud, prima della guerra. E ricorda come per l'appunto dai medici sud-africani derivino i migliori contributi alla conoscenza scientifica di tali malattie.

Le silicosi polmonari ricorrono specialmente nelle miniere e tra i tagliatori di pietre, gli affilatori di ferri, ecc., quando le polveri che si sviluppano contengano oltre il 50 per cento di silice.

Il prof. Devoto espresse parole di viva ammirazione per le conquiste della radiologia in tale campo clinico. Con altrettanto appassionate parole, peraltro, incitò i medici alla conoscenza semeiologica dei segni clinici delle silicosi ed al loro metodico e paziente rilievo, esponendo qualche segno, da lui e nella sua scuola studiato, che permette diagnosi precoci del male, e quindi sempre più efficaci interventi igienici e terapeutici. Oggi è ammesso, ricorda l'O., che gli operai che presentano segni iniziali di tale malattia possono essere preservati da aggravamenti se lasciano il mestiere polveroso. Nota inoltre come maggior resistenza offrano gli individui che non fanno orari straordinari e che si astengono da bevande alcooliche. Il prof. Devoto, sulla base dei risultati delle indagini condotte a Milano nella sua Clinica del Lavoro, afferma infine che tutte le polveri sono dannose e concomitanti nella morbilità tubercolare, perchè spesso rimorchiano il bacillo della tubercolosi, quando non ne favoriscono il florido sviluppo, se già esistente.

L'O., entusiasta propagandista della vita all'aperto quale regola profilattica contro tali malattie, ricorda come i soggiorni sulla neve e nelle foreste elevate, anche se periodici, eliminino in gran parte i danni delle polveri delle città e delle officine. Plaude perciò alla « bonifica della montagna » e con un'appassionata perorazione fa voti perchè l'Appennino ligure, una fra le più belle catene montane d'Italia, sia degnamente valorizzato, prima d'altri, dagli stessi liguri, che d'inverno e d'estate ricercano invece altrove quelle bellezze e quelle risorse di natura di cui l'Appennino ligure è ricco, al pari delle più celebrate stazioni estive ed invernali di montagna.

"Le radici del male della iponatalità" nell'esame del prof. Pende.

Innanzi a numerosa accolta di autorità del campo politico e scientifico, presente il Prefetto di Genova S. E. Porro, il prof. Pende ha svolti nella grande Aula della Clinica Medica i suoi concetti sul grave ed attuale problema sociale della iponatalità. Esso è essenzialmente, per l'illustre clinico di Genova, un problema biologico e psicologico e non, come tante volte è stato scritto, un problema di origine economica.

Le nascite non diminuiscono in tutto il mondo, ma solo nei popoli occidentali. Così in Russia, in Egitto, in tutto l'Oriente asiatico, nei negri, esiste ancora una ultra prolificità. Le popolazioni meridionali d'Europa e d'America sono più risparmiate che le settentrionali ed anche in Italia l'indice di natalità è ancora elevato come trent'anni addietro nella Basilicata, nelle Puglie, nelle Calabrie; un po' meno in Sicilia e Sardegna. Si direbbe che anche le regioni italiane meridionali vicine all'Oriente riescono a salvarsi dal flagello dell'iponatalità.

Le ragioni di tali fatti vennero identificate nella civiltà industriale, ma vi sono eccezioni a questa regola. Così il Giappone, nazione civilissima, è ultrafecondo; nè si può rimproverare ai nostri popoli meridionali di essere meno civili dei settentrionali.

L'O. considera invece la mascolinizzazione della

donna moderna quale una delle cause principali della iponatalità. Maternità e lavoro fisico sono biologicamente incompatibili: tant'è vero, osserva il Pende, che la femmina madre non lavora in nessuna specie zoologica. E non bisogna dimenticare che esistono vere e proprie malattie del lavoro alle quali è attribuibile la sterilità (sigaraie, coloritrici, tipografe).

Nelle classi più agiate il problema si sposta e l'elemento intenzionale assume importanza preponderante. La passione eccessiva della donna moderna per lo sport, osserva però l'O., è un vero e proprio fattore biologico di iponatalità, come dimostra nelle donne sportive la diminuzione dei caratteri somatici femminili, lo sviluppo di tendenze somatiche e psichiche maschili, nonchè certi veri stati di ipovarismo.

Il Pende, ricordando il concetto predominante che la maternità comprometta l'avvenenza della persona, eleva un inno alla donna madre anche in rapporto alle sue prerogative fisiche, ch'egli contrappone con elegante evidenza ai difetti somato-psichici della donna zitella od infeconda.

L'O. terminò la sua applaudita ed ammirata conferenza rilevando la necessità che la donna comprenda la sua missione nel mondo; che la donna rinunzi a disertare la casa per concorrere con l'uomo nei lavori e nei piaceri sportivi; che la donna rinunci alla perniciosa superstizione che il procreare sia dannoso all'estetica del corpo. Bisogna che non si protegga solo il bimbo e la madre, ma si preparino le nuove madri, ben facendo comprendere alle giovinette il vero significato che hanno gli attributi somatici e psichici del loro sesso, attributi tutti destinati dalla natura alla funzione materna. Limitare al minimo il lavoro della donna fuori della casa e favorire il matrimonio con borse di maritaggio.

Hegel, ricorda l'O., disse non esser uomo chi non è padre. Si potrebbe con maggior ragione dire che non merita il titolo nobilissimo di donna chi non vuole e non sa essere madre.

G. P.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso italiano di anatomia.

Come abbiamo annunziato, la 1ª riunione della Società Italiana di Anatomia, recentemente costituita, avrà luogo in Bologna dall'8 al 10 ottobre.

Le adesioni vanno dirette al prof. Emerico Luna, direttore dell'Istituto di Anatomia umana normale, Bastioni di Porta Carini, Palermo.

2° Congresso delle Società per studi sessuali.

Si terrà nella sede della « British Medical Association », Tavistock Square, London, dal 3 al 9 agosto 1930.

Come a Berlino, i lavori saranno divisi nei seguenti gruppi: Biologia; Fisiologia, Patologia, Terapeutiche; Psicologia, Pedagogia, Etiche, Estetiche, Religione; Demografia, Statistiche; Igiene sociale e razziale, Sociologia, Etnologia e Dottrine popolari; Criminologia e Delitti familiari.

L'organizzazione è diretta dal prof. F. A. E. Crew, dell'Università, West Mains Road, Edinburgh, e si prega coloro che se ne interessano di rivolgersi a lui.

Il 7° Congresso degli igienisti italiani a Siena.

Gli igienisti italiani, nell'ultimo Congresso, svoltosi a Fiume nello scorso anno, acclamarono Siena sede del VII Congresso e il Podestà del luogo, con un entusiastico telegramma, accolse la designazione ed assicurò la più cordiale ospitalità da parte della cittadinanza.

L'iniziativa di tali annuali adunate è dovuta all'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, presieduta dall'illustre prof. A. Sclavo, rettore della R. Università di Siena, Associazione che da anni va svolgendo un'intensa e proficua opera di propaganda per il progresso igienico della nazione.

La Presidenza generale si è riunita in questi giorni a Siena per concretare l'organizzazione del Congresso che si svolgerà appunto in quella città dal 29 settembre al 4 ottobre e prendere contatto con le autorità e gli enti per la migliore riuscita del Congresso.

Un Comitato esecutivo, presieduto dal solerte dott. Bicchi, membro del Direttorio nazionale dell'Associazione fascista dei medici condotti, provvederà alla preparazione dell'adunata e alla costituzione del Comitato d'onore nel quale figureranno le maggiori personalità politiche e sanitarie.

Al Congresso saranno discussi i seguenti temi: « L'assistenza ospitaliera in Italia » e la « Radioattività delle acque termali della provincia di Siena ».

Tra i relatori che tratteranno i temi sotto i vari riguardi, notiamo: il prof. Canalis, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università di Genova, che parlerà dei nuovi orizzonti nella tecnica costruttiva degli ospedali, il prof. Ronzani, direttore degli istituti ospitalieri di Milano, che riferirà sui provvedimenti urgenti per il più moderno funzionamento degli ospedali italiani, il padre Gemelli che si occuperà dell'assistenza laica o religiosa negli ospedali, il prof. Banfi, direttore del sanatorio di Ornago, riferirà sui concetti che debbono presiedere alla costruzione dei sanatori, il prof. Giannini della Cassa Assicurazioni sociali, presenterà una relazione sui convalescenziari, l'on. prof. Sileno Fabbri tratterà la provincializzazione degli ospedali e il prof. Roatta, direttore del Dispensario antitubercolare di Firenze parlerà sui caratteri che devono avere i Dispensari per riuscire veramente efficaci.

I congressisti alterneranno le sedute con visite alle maggiori e più importanti istituzioni igienico-sanitarie della città.

A cura del Comitato saranno inoltre organizzate gite a S. Gimignano e a Monte Amiata per la visita alle Miniere di Mercurio.

Siena si prepara ad accogliere degnamente i partecipanti a questo importante convegno che coinciderà con la « Settimana Senese », istituzione dovuta alla geniale iniziativa del Consiglio provinciale dell'Economia e della Federazione provinciale fascista e che comprende varie manifestazioni tendenti alla valorizzazione produttiva della provincia.

Ci riserviamo di comunicare fra qualche giorno l'esatta composizione dei comitati d'onore ed esecutivo, nonchè il programma di questo importante Congresso al quale parteciperanno i cultori ed amici dell'igiene d'ogni parte del Regno.

Per informazioni dirigersi al segretario generale dell'Associazione dott. G. Palomba in Roma (126), via G. G. Belli, n. 27.

Il Convegno Medico di San Pellegrino.

La Società delle Terme di San Pellegrino, visto il felice risultato del primo Convegno medico per l'Uricemia, tenuto nel 1928, ha deliberato l'organizzazione di un altro convegno, che si terrà nel 1930 e precisamente nei giorni 29 e 30 giugno.

All'ordine del giorno vi sarà un solo tema e di particolare attualità « La pelle nelle più recenti conquiste della medicina ». Saranno i relatori che illustreranno sotto i diversi aspetti gli studi più moderni riguardanti la pelle.

La Società delle Terme di San Pellegrino si permette di offrire l'ospitalità a 150 medici italiani in ordine d'iscrizione. Le relazioni saranno distribuite agli iscritti almeno 15 giorni prima del Convegno.

Per le iscrizioni ed ogni altra informazione rivolgersi al segretario del Convegno, prof. Carlo Bezzola in San Pellegrino.

Corso di preparazione alla Carriera di Medico di Bordo.

Si terrà a Padova dal 16 settembre, per la durata di tre mesi: una parte si terrà a Venezia per la necessaria pratica in un porto.

Insegnamenti: Epidemiologia generale, Profilassi generale, Legislazione sanitaria, Malattie esotiche, Clinica delle malattie infettive, Igiene navale, portuale e dell'emigrazione, Microscopia e chimica bromatologica, Ispezione delle carni da macello e conservate.

Per l'ammissione: domanda in carta bollata al Rettore, diploma di laurea, certificato di nascita (per chi non ha compiuto gli studi all'Univ. di Padova), L. 500,80 per tassa d'iscrizione e lire 65,80 per sopratassa esame.

Protezione alla maternità e all'infanzia.

Il Bollettino mensile « Maternità e Infanzia » pubblica una rassegna dello sviluppo avuto dall'Opera per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia nel corso del 1928; in tale anno l'Opera Nazionale ha speso o impegnato la somma di L. 79.990.000, di cui L. 27.945.340 per l'assistenza alla maternità, L. 34.000.000 per l'assistenza all'infanzia, L. 12.294.660 per sovvenzioni ad istituti di assistenza materna ed infantile, L. 1 milione 650.000 per la propaganda e L. 3.100.000 per le spese generali di organizzazioni dei servizi.

I risultati conseguiti si possono riassumere nelle seguenti cifre:

Ambulatori ostetrici o pediatrici, istituiti direttamente dall'Opera, n. 82; in essi sono stati visitati 20.000 bambini e 4.700 madri o gestanti, oltre agli assistiti nei 300 ambulatori istituiti dagli organi provinciali.

Cattedre ambulanti di puericoltura n. 18, con 342 consultori; madri e fanciulli visitati nei consultori 54.566; visitati a domicilio dalle assistenti visitatrici delle Cattedre 100.000.

Donne e fanciulli ammessi ai refettori materni istituiti dall'Opera oltre 20.000.

Gestanti ricoverate in istituti 2.000; madri sussidiate per allattamento di figli legittimi 9.400; per allattamento di illegittimi riconosciuti 12.000.

Inoltre 7.450 fanciulli bisognosi sono stati assistiti presso le loro famiglie; 11.854 fanciulli sani, abbandonati o traviati, sono stati avviati in campagna o in educazione presso Istituti, mentre 5.800 da tubercolosi latente o chiusa sono stati curati profilatticamente in appositi istituti.

Dalle provvidenze d'ordine sociale che l'Opera ha attuate nel 1928, hanno tratto beneficio oltre 249.870 persone.

L'Opera ha contribuito, mediante sovvenzioni, a migliorare le condizioni igieniche ed il funzionamento di 988 Istituti. Ha inoltre iniziato lo studio e l'attuazione di un largo piano di ruralizzazione degli Istituti di ricovero per fanciulli o adolescenti, sia per secondare la politica di bonifica integrale svolta dal Governo Fascista, sia per portare un nuovo contributo all'azione di profilassi antitubercolare e di difesa morale dell'infanzia.

Inoltre l'Opera, in seguito alle disposizioni emanate dal Segretario del Partito Nazionale Fascista per il coordinamento e l'organizzazione delle colonie estive, ha posto a disposizione del Partito stesso 1000 posti per altrettanti Balilla e Piccole Italiane da tenere in cura per un periodo di almeno tre mesi in apposite colonie permanenti, e 300 posti a disposizione dei Fasci all'Estero per altrettanti figli di connazionali ivi residenti.

Corso di perfezionamento in pediatria a Lione.

Il 4 novembre avrà inizio presso la Clinica medica infantile e di igiene della prima infanzia di Lione, diretta dal prof. G. Mouriquand, un corso di perfezionamento, che durerà fino al 16 novembre. Le conferenze saranno tenute dal prof. G. Mouriquand (1° Le distrofie della prima infanzia; 2° Vitamine e stati di carenza e di precarenza; aspetti biologici e clinici del problema della fissazione del calcio nel bambino) e dai dottori: Pehu (1° Sifilide infantile; 2° Le imagini anatomiche e radiografiche del sistema osseo nella sifilide della prima infanzia, con proiezioni); Gardère (1° La tubercolosi polmonare del bambino; 2° Stato attuale dell'igiene sociale dell'infanzia); Dufourt (1° Condizioni di trasmissione dell'infezione tubercolare al bambino; 2° Forme cliniche e vaccinoterapia delle broncopneumoniti infantili); Bertoye (1° Le anemia alimentari; 2° La spasmofilia); Bernheim (Le reazioni linfatiche nel bambino); Sedallian (L'immunità e le vaccinazioni preventive nel bambino). Le conferenze saranno completate con esercizi pratici su malati, di laboratorio, di radiologia, ecc. Saranno visitate le istituzioni sociali della regione.

La tassa d'iscrizione è di fr. 200, da inviarsi fino al 25 ottobre alla Segreteria della Facoltà di medicina, 18, quai Claude-Bernard, Lyon.

Nella stampa sanitaria

Gli *Annali di Oftalmologia*, già completamente rinnovati dal prof. Cirincione, il quale li fuse col Suo periodico *La Clinica Oculistica*, dopo la morte del loro animatore sono stati affidati ad un Comitato direttivo costituito dal prof. Giuseppe Ovio, presidente della Società Italiana di Oftalmologia, nuovo direttore della R. Clinica di Roma, che lo presiede, coadiuvato dai direttori di Cliniche Oculistiche allievi del Cirincione, proff. Salvatore Calderaro (Catania), Antonio Contino (Messina), Luigi Maggiore (Sassari), Girolamo Lo Cascio (Perugia) e dal prof. Romeo Roselli, quale segretario della Società Oftalmologica Italiana, che — per tale incarico — ne assume la gerenza dal 1930. Al prof. Maggiore è dato incarico della redazione tecnica.

Gli *Annali* restano aperti a tutti gli studiosi che vorranno pubblicare lavori di argomento oftalmologico.

* * *

La « Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie » è destinata ad accogliere esclusivamente articoli in lingua francese di medici sud-americani. Segretario generale ne è il dott. Collho. Il periodico sarà edito dalla Casa Masson di Parigi.

* * *

Ha avviato le pubblicazioni la « Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore », rivista bimestrale di cinematojatria diretta dal prof. Riccardo Dalla Vedova; redattore-capo ne è il dott. Carlo Marino Zuco. In un'ampia introduzione l'illustre clinico ortopedista dell'Università di Roma espone le ragioni dell'inizitiva, che viene ad integrare utilmente l'« Archivio di Ortopedia » e la « Chirurgia degli Organi del Movimento ».

L'Amministrazione ha sede in Roma, via Spallanzani 24; l'abbonamento importa L. 40 per l'Italia, L. 60 per l'Estero.

Augurî cordiali.

"Bollettino del lavoro e della previdenza sociale„

Segnaliamo questa importante pubblicazione periodica, edita dal Ministero dell'Economia Nazionale; essa reca copiosissime informazioni economiche, sociali, legislative e di giurisprudenza; vi hanno parte l'igiene e la sicurezza del lavoro, l'assistenza medica, le assicurazioni sociali contro gli infortuni, le malattie, l'invalidità, la vecchiaia.

L'abbonamento annuo importa L. 50; rivolgersi al Provveditorato Generale dello Stato (via XX Settembre 19 - Roma).

Scuola magistrale ortofrenica di Roma

Dal resoconto per il 1928 e dal programma per il 1929 emerge che la Scuola, diretta dal prof. Giuseppe Montesano, è in continua evoluzione: nel 1928 fu frequentata da 83 iscritte, di cui 50 conseguirono il diploma; nel 1929 le iscrizioni sono 96. Nel 1928 le classi differenziali ebbero 245 alunni; l'antescuola 126. L'assistenza economica, igienica e ricreativa si è compiuta con larghezza; le colonie estive hanno funzionato egregiamente; si è provveduto ad una estesa propaganda.

Complessivamente, dall'istituzione della scuola al 1928 gli assistiti sono stati 1604; vennero rilasciati 980 diplomi; le classi differenziali sono state frequentate da 2001 scolari; l'antescuola differenziale ha contato 1405 alunni; le colonie estive 701.

Studenti stranieri in Italia.

Nell'attuale anno scolastico sono state conferite 80 borse italiane di studio a studenti stranieri, per un importo di circa 200 mila lire, così ripartite per nazionalità: Bulgari 18, Jugoslavi 5, Corsi 4, Polacchi 4, Armeni 2, Siriaci 1, Lituani 1, Tedeschi 1. Inoltre, 74 borse particolari di studio sono state corrisposte a studenti albanesi presso Università, scuole medie e primarie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 29 giu. — R.-J. WEISSENBACH e F. FRANÇON. Lipo-artrite secca dei ginocchi.

Journal A. M. A., 15 giu. — E. B. RENTSCHLER e al. Dolori artritici in relazione al tempo. — A. MENDENHALL. Estratti epatici nelle tossiemie gravidiche. — F. L. MELENEY. Gangrena da streptococco emolitico.

Stomatologia, giu. — M. BERGAMINI. Carie dei denti decidui. — C. GASPARINI. Pulpite iperplastica granulomatosa.

Spitalul, giu. — C. ALEXANDRESCU-DERSCA e I. FLORIAN. Mixedema post-infettivo.

Acta Medica Scandinavica, I-II. — G. JACOBSONN e al. Immunizzaz. attiva contro la scarlattina. — E. WOLFF. Gruppi sanguigni e paternità. — J. MÖLLERSTRÖM. Avvelenam. acuto da anilina. — B. SCHÖTT. Studio clinico dell'intossicaz. da caffeina.

Riv. di Cl. Med., 15 mar. — P. CANALE. Ricerche sulla glicemia. — A. LUNEDEI. Riflessi cutaneo-viscerali e prova della diuresi provocata da senapizzazione lombare.

Brit. Journ. of Urology, giu. — D. J. MACMYN. Dilatazione degli ureteri e idronefrosi nell'infanzia.

Zbl. f. Chir., 29 giu. — S. P. FEDOROFF. Cura chirurg. dell'angina pectoris. — A. N. BAKULEFF. Pneumografia di ascessi cerebr.

Arch. Mal. des Reins ecc., giu. — E. PAPIN. Il dolore renale. — L. AMBARD. La « soglia » renale.

Giorn. di Batteriol. e Imm., giu. — P. OCCHIONI. Stati immunitari e sistema ret.-endot. — A. MERLINI. Raggi Roentgen e complemento. — P. PINOLINI. Filtrabilità di virus tbc.

Practitioner, lug. — Numero sull'asma.

Revue Méd. de la Suisse Rom., 25 giu. — A. DUDAN. Le false tbc. polm.

Arch. f. Sch.- u. Hyg., lug — B. NOCHT e W. KIKUTH. Azioni emolitiche della chinina.

Soc. d. Hôp., 24 giu. — O. LEYTON. L'insulina in sospensione oleosa. — RAILLET e al. Setticemia da *Diplococcus crassus* simulante la malaria.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., mag. — J. CHARRIER e M. THALHEIMER. Coledociti infiammatorie. — S. MINTZ. Meccanismo della sindrome d'ulcera duodenale.

Tohoku Jl. exper. Med., 15 giu. — S. YOSHIMATSU. Metodo colorimetrico per la determinaz. dell'urea. — H. SATOH. Secrezioni interne del pancreas. — T. ICHIMI. Ricambio materiale ed energetico dei muscoli nella febbre.

Stomatologia, lug. — V. CAMPATELLI. Pseudonevralgia del trigemino da dente conoide sopranumerario.

Lancet, 6 lug. — J. J. R. MACLEOD. Fisiologia del glicogene e compito dell'insulina e dell'epinefrine nel metabolismo dei carboidrati.

Mediz. Well, 6 lug. — L. BOCHARDT. I limiti della norma in biologia e in medicina.

Münch. Med. Woch., 5 lug. — GOTHARDT. Cuore e sport. — SCHMIDT. Ittero da ematina.

Brasil-Med., 15 giu. — H. DE BEAUREPAIRE AREGÃO e al. Studi sulla febbre gialla.

Prensa Méd. Argent., 10 giu. — C. BONORINO UDAONDO e P. A. MACSSA. Arteriografia nella diagnosi. — T. CASTELLANO. La costituzione individuale. — A. H. ROFFO. Viraggio dell'azzurro di metilene per az. del tessuto canceroso.

Ann. de Méd., mag. — L. BARD. Lesioni organiche e sindromi funzionali. — G. GUILLAIN e al. La rigidezza d'origine olivare.

Journ. A. M. A., 22 giu. — H. F. SWIFT. La febbre reumatica. — A. CALMETTE e al. L'ultravirus tubercolare. — H. L. ALEXANDER e C. H. EYERMANN. Purpura allergica. — M. SALZER. L'etilene.

Riv. Ital. di Ginec., lug. — A. SALVINI. La riserva alcalina nel fibromioma dell'utero. — V. CHINI e A. GUSSO. « Cuore da fibroma ».

Ann. di Oftalm. ecc., apr.-mag. — L. MAGGIORE. Coni e bastoncelli nell'atto visivo. — FAVALORO. Morfologia clinica e affezioni delle vie ottiche. — LODDONI. Calcosi oculare. — TESSIER. Comportamento dell'iride e della pressione endoculare.

Ann. Ital. di Chir., giu. — A. MERLINI. Acro-osteopatie. — V. SIMEONI. Riserva alcalina nei traumatizzati.

Rev. de Droit Penal ecc., giu. — G. HEGER, LAIGNEL-LAVASTINE e DE LAET. La morte improvvisa.

Ann. de l'Institut Pasteur, giu. — E. MARCHOUX. Febbre gialla e sensibilità del Macacus rhesus. — J. ZEYLAND e altri. Ricerche varie sul B. C. G.

Bull. Ac. de Med., 25 giu. — F. ARLOING e al. Cura batteriofagica della piorrea alveolare.

Rass. di Ter. e Pat. Clin., mag. — L. CONDORELLI. Bigeminismo extrasistolico continuo.

Zbl. f. Chir., 6 lug. — C. BAUER. Embolie e trombosi post-operatorie. — G. FRIEDERICHS. Interventi per prolasso del retto.

Revue de Chir., 3. — M. ST. BUSTOÏANO e C. STOÏAN. La rachianestesia. — P. RAZEMON e G. BIZARD. Tumori mammari aberranti.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 19 Agosto 1929 Num. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

IV Reparto di Medicina dell'Ospedale di S. Giovanni in Roma
diretto dal Prof. CARLO VERDOZZI, prim. medico

Su alcune localizzazioni extra-articolari isolate del reumatismo articolare acuto (1)

per il dott. MARIO PAGLIARI, assistente.

Mi sembra utile illustrare tre osservazioni di malati che hanno presentato delle affezioni extraarticolari isolate, in cui la diagnosi clinica di infezione reumatica fu giustificata dalla guarigione rapida per somministrazione di salicilato di sodio.

È cosa più che nota che il reumatismo articolare acuto possa interessare contemporaneamente alle sierose articolari anche altre membrane sierose, come pure talora, predominino sul quadro morboso le lesioni extraarticolari. In questi casi però la coesistente affezione articolare fa formulare la diagnosi esatta.

Quando però compaiano isolatamente e primitivamente, come nelle osservazioni che riporto (una pleuropericardite, una tenosinovite del polso ed una borsite prerotulea) delle localizzazioni al di fuori delle articolazioni, fondato è il dubbio diagnostico se esse siano o no di origine reumatica. In questi casi alla anamnesi accurata si potrà rilevare una tubercolosi, una lues, una blenorragia pregressa, una già sofferta affezione reumatica, una subita iniezione di siero, una sepsi. L'esame obbiettivo, gli esami di laboratorio e l'andamento clinico potranno indirizzarci verso la giusta via. E qualora persista il dubbio abbiamo un mezzo a nostra disposizione per poter identificare una eventuale affezione reumatica, ed è il criterio *ex juvantibus*.

Infatti, scrive Hegler, « l'acido salicilico è « un rimedio ad azione veramente specifica. « In parecchi casi la sua azione è meraviglio- « sa. Essa è tanto evidente che nei casi dubbi « i salicilici possono venire somministrati a « scopo diagnostico per la ricerca del criterio « degli adiuvanti. Così nei casi di alterazioni « articolari da sepsi, da gonorrea, essi riesco- « no inefficaci; e assai poco efficaci nei casi « di pseudo reumatismo ».

(1) Sarebbe bene, almeno nei casi, in cui mancano o quasi localizzazioni articolari, parlare di infezione reumatica, invece che di reumatismo articolare acuto.

Dello stesso divisamento è Strümpell tanto da affermare che nei casi di R. a. a. è obbligo del medico di usare questo farmaco.

E' vero che alcuni clinici hanno negato la specificità dei salicilici, ma i più sono concordi con gli autori precedenti.

Passo alla esposizione dei casi clinici:

OSSERVAZIONE I. — V. Anita, anni 16, da Roma, entra in Ospedale il 1° novembre 1925. Padre vivente e sano. Madre morta di malattia cardiaca. La mamma ha avuto nove gravidanze, nessun aborto. La malata si è mestruata a 13 anni. A 14 anni ha sofferto d'itterizia con febbre e urine scure. Da un mese si sente un po' stanca; ha un dolore vago allo sterno e talora vomito mucoso. Da otto giorni febbre a 39°. Nei primi giorni ha avuto fugaci dolori articolari.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali buone. Nutrizione conservata. Sensorio integro. Colorito della cute pallido. Lieve cianosi delle labbra e delle unghie.

Sistema glandolare: non si riscontrano gangli ingrossati in nessuna regione.

Lingua: fortemente impaniata umida.

Pupille: uguali reagenti.

Polso: uguale, ritmico, aumentato di frequenza, a bassa pressione.

Respiro: prevaientemente a tipo costale, aumentato di frequenza.

Capo e collo: nulla.

Apparato respiratorio: polmoni nei limiti normali; respiro leggermente aspro su tutto l'ambito.

Cuore: punta al quinto spazio all'esterno dell'emiclaveare, poco spostabile. Aia cardiaca nei limiti normali, tanto assoluta che relativa. Angolo di Ebstein retto. Alla punta il primo tono è oscuro seguito da rumore di soffio che non si propaga all'ascella. Nella regione mediosternale si ascolta un rumore rude di sfarfallamento superficiale, non in rapporto con le rivoluzioni cardiache e che non si diffonde. Secondo tono polmonare non rinforzato.

Addome: indolente trattabile.

Fegato e milza: nei limiti.

Diario: giorno 1° novembre: Si somministrano grammi 7 di salicilato di sodio pro die, con altrettanti grammi di bicarbonato di sodio.

Giorno 6: La febbre cede; l'ammalata si sente più sollevata.

Reperto cardiaco: diminuzione evidente degli sfregamenti.

Da tale giorno l'ammalata sentendosi meglio si rifiuta di prendere il salicilato di sodio.

Giorno 10: La febbre è ricomparsa e cresce rapidamente (38°-39°).

Giorno 11: L'ammalata accusa forte dolore alla regione sternale; polso frequente (112), leggermente aritmico; reperto cardiaco: i rumori di sfregamento alla base del cuore sono più rudi e più diffusi. Si somministra di nuovo il salicilato di sodio parte per os e parte per clistere in quantità complessiva di gr. 8.

Giorno 12: L'ammalata accusa dolore allo sterno, affanno, e ha vomito. Temperatura 39°. Alla base dell'emitorace sinistro riduzione di suono, soffio bronchiale, egofonia.

Giorno 14: L'ammalata afferma che il dolore allo sterno è diminuito. Persiste la dispnea. La temperatura è diminuita (37,5-38); alla base dell'emitorace sinistro fino alla punta della scapola ottusità di coscia, f. v. t. abolito; superiormente soffio bronchiale dolce aspirato.

Giorno 19: Ammalata senza febbre. Con la puntura esplorativa si estraggono dalla pleura sinistra circa 40 cc. di liquido citrino limpido. Peso specifico 1023. Rivalta ++.

Sedimento: Ammassi di fibrina, cellule di sfaldamento. Numerosi polinucleati, rari linfociti, non emazie.

Giorno 21: Il miglioramento continua. La febbre non è più tornata. Il reperto cardiaco è scomparso.

Giorno 2 dicembre: L'ammalata si sente bene. La radioscopia mostra: nulla a carico dell'emitorace destro. Emitorace sinistro: leggera diminuzione di espansione del diaframma.

Giorno 14: L'ammalata esce guarita.

Diagnosi clinica: Pleuropericardite reumatica.

In questo caso l'origine reumatica della pleuropericardite senza alcuna altra localizzazione non si può mettere in dubbio.

Abbiamo per di più la prova che il miglioramento rapido iniziato si fermò per la sospensione del salicilato, e riprese fino alla guarigione quando la somministrazione fu continuata.

OSSERVAZIONE II. — B. Camilla, anni 40, guardarobiera, entra il 30 ottobre 1925. Anamnesi familiare negativa. Nega lues ed altre malattie. Marito morto di tbc. a 26 anni. Una sola gravidanza a termine. Nessun aborto. Ha sofferto sei anni fa per disturbi intestinali per i quali fu sottoposta ad atto operativo di cui non sa precisare la natura e di cui non si vedono tracce presentemente. Sei giorni or sono fu presa da febbre elevata continua remittente. Il giorno di poi la regione del polso destro divenne dolente, tanto da renderle impossibile qualsiasi movimento delle dita.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete. Nutrizione conservata, colore pallido.

Apparato locomotore: Nella regione del polso destro e al terzo inferiore dell'avambraccio sulla faccia dorsale si nota la cute arrossata, calda, tumefatta. La tumefazione si diffonde al dorso della mano, e sembra arrestarsi nettamente all'altezza delle teste dei metacarpi. Le dita sono semiflesse con il pollice addotto. Alla palpazione si presenta la massima dolorabilità in corrispondenza dei tendini estensori specie sul dorso della mano. L'articolazione radiocarpica non è dolente ai movimenti attivi e passivi. Sono invece dolentissimi i movimenti attivi e passivi delle dita.

Sistema glandolare: qualche ganglio leggermente ingrossato alla regione laterale del collo.

Lingua fortemente impaniata. Polso ritmico aumentato di frequenza. Respiro regolare.

Apparato respiratorio: polmoni nei limiti normali, nulla alla ascoltazione e alla percussione.

Cuore: aia cardiaca nei limiti normali. Toni netti.

Addome trattabile indolente.

Fegato e milza nei limiti.

Esame vaginale: mucosa vaginale e meato uretrale di aspetto normale; si nota solo una leggera

secrezione biancastra. Utero mobile e piccolo. Fornici liberi, ovaie indolenti mobili.

Diario: Giorno 16: l'esame del secreto vaginale è negativo per il gonococco: febbre 38. Esame urine: albumina e zucchero assenti. P. S. 1020. Sedimento: cellula di sfaldamento delle basse vie urinarie. Qualche leucocito.

S'immobilizza il polso su di una stecca e si fanno applicazione locali di salicilato di metile e si somministrano gr. 10 al giorno di salicilato di sodio.

Giorno 20: Condizioni locali molto migliorate; febbre diminuita.

Giorno 25: La malata è apirettica; sono possibili i movimenti passivi quasi senza dolore, gli altri sono leggermente dolorosi.

Giorno 28: Apiressia completa. Motilità attiva e passiva indolente.

Giorno 30: L'ammalata esce guarita.

Diagnosi clinica: Tenosinovite degli estensori delle dita della mano destra.

L'affezione isolata ad inizio acuto, con tumefazione del dorso della mano poteva far pensare ad una forma gonococcica, ma la anamnesi, l'es. obb. accurato che mostrava l'assenza di un vero e proprio edema del sottocutaneo, e l'arresto netto della tumefazione in corrispondenza dei limiti della sottostante vaginale comune dei tendini « m. extensoris digitorum et indicis », l'esame vaginale e l'esame del secreto uretrale, tutti negativi, fecero eliminare questa ipotesi. Non furono messe in discussioni le forme croniche per il modo di insorgere, come pure fu escluso dalle notizie anamnestiche che si trattasse di una tenosinovite traumatica. Rimaneva pensare ad una localizzazione isolata del R. a. a. e in questo pensiero furono somministrati dei salicilici con ottimo risultato.

Osservazione III. — P. Maria, anni 26, da Verlizzi, donna di casa, entra il 20 agosto 1925.

Anamnesi: nubile, nulla nel gentilizio. Vaiuolo a 4 anni. Mestruata a 15 anni; in tale anno ebbe una malattia della pelle probabilmente un eritema nodoso. Cinque anni fa cadde in terra battendo le ginocchia. Non sembra che abbia avuto conseguenze per questa caduta. Da due giorni ha malessere generale, febbre, ed è comparsa una tumefazione dolente al ginocchio sinistro.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali buone, nutrizione discreta, colorito normale. Pupille: uguali reagenti. Lingua: fortemente impaniata, umida. Polso: ritmico frequente. Respiro regolare. Temperatura febbrile.

Sistema linfatico: Micropoliadenopatia diffusa nelle varie stazioni.

Apparato locomotore: Regione del ginocchio sinistro; la regione prerotulea sinistra è tumefatta con cute arrossata calda, di consistenza molle elastica, nel centro leggermente fluttuante. La rotula che si trova al di sotto è spostabile e non dà segni di ballottamento. La linea articolare del ginocchio non è dolente. I movimenti passivi dell'articolazione sono possibili senza dolore, quelli attivi di estensione sono molto dolorosi.

Torace: nulla alla percussione e alla ascoltazione.

Cuore: punta al V spazio. Aia nei limiti; 1° tono alla punta forte, 2° normale.

Addome trattabile indolente.

Fegato e milza nei limiti.

Organi genitali normali. Sistema nervoso: nulla di notevole.

Diario: Giorno 20: Si fanno applicazioni calde localmente.

Giorno 23: R. W. negativa; persiste la modica febbre (37,5). Localmente le condizioni sono invariate.

Giorno 24: Somministrazione per bocca di gr. 6 di salicilato al giorno.

Giorno 30: Da un giorno l'ammalata è apirettica. Localmente si può constatare che la regione è divenuta meno tumefatta, meno arrossata. La pressione risveglia solo leggero dolore.

Giorno 2 settembre: Il dolore scomparso; la cute è di colore normale. I movimenti di estensione sono possibili senza dolore.

Giorno 4: La malata esce guarita.

Diagnosi clinica. — Borsite reumatica prerotulea.

Anche in questo caso esclusa l'origine luetica dell'affezione per il complesso clinico e per la Wassermann negativa; resa poco probabile una relazione con il trauma precedente e per mancanza di conseguenze immediate e per il lungo tempo trascorso, fu ritenuto trattarsi di una affezione reumatica. Il medicamento specifico sembra abbia giovato senza dubbio alla cura e alla precisazione della diagnosi eziologica.

Unico scopo del presente lavoro è stato di dare un modesto contributo alla casistica delle localizzazioni extra-articolari del R. a. a. Circa la frequenza di queste è ben noto che la pericardite, specie negli adolescenti, è abbastanza comune, ma interviene per solito dopo qualche giorno di malattia e preceduta da localizzazioni articolari (Vaquez).

Ed altri autori (Hegler, Strümpell), pur ammettendo che la pericardite possa intervenire in qualunque grado di lesione articolare, non accennano che possa venire senza di questo o con semplici e fugacissime artralgie.

Le tenosinoviti o borsiti, se sono frequenti quali complicazioni del reumatismo articolare (Strümpell) sono rare come forme isolate (Forgue) e vengono spesso scambiate con quelle di natura gonococcica, sifilitica nel periodo secondario.

Conclusioni.

1) Il R. a. a. può dare localizzazioni extra-articolari isolate, senza contemporanee o precedenti lesioni articolari.

2) Tali localizzazioni sono spesso confuse con forme gonococciche, tubercolari, sifilitiche, traumatiche.

3) Nel dubbio diagnostico conviene sempre tentare una intensa cura salicilica che procurando la rapida scomparsa della sintomatologia guiderà sulla giusta via eziologica.

Roma, 20-IV-1929-VII.

BIBLIOGRAFIA.

C. HEGLER. R. a. a., vol. I, parte II. *Trattato di* MOHR-STAEHELIN, pag. 787.
A. STRUMPELL. *Trattato di Patologia Speciale medica.*
H. VAQUEZ. *Malattie del cuore.*
E. FORGUE. *Patologia chirurgica.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA.

I traumatismi per gioco del foot-ball. Frattura del rene.

Dott. A. CATTERINA
aiuto ff. e libero docente di Clin. Chirurg. e medic. operat.

La chirurgia ha dovuto occuparsi in questi ultimi tempi alquanto estesamente dei traumatismi provocati dal gioco del foot-ball ed anche recentemente il Biener pubblicava 5 casi, dei quali uno mortale, per lesioni riportate dai cultori di questo sport.

I traumatismi più comuni, oltre a quelli numerosissimi di lieve entità che sistematicamente, ogni domenica, noi vediamo al posto di « Pronto Soccorso » del nostro Ospedale sono generalmente provocati o dai calci che alcuno dei giocatori, nella foga della disputa, distribuisce a qualche avversario o all'urto fra due o più individui per contendersi la palla. Sia nell'uno che nell'altro caso, le lesioni riportate possono anche essere di grave entità a seconda specialmente della regione colpita. L'addome è quello che offre la maggiore vulnerabilità oltre alla maggiore gravità in tal genere di traumatismi.

Furono infatti descritti casi di rotture del fegato, di lesioni intestinali, di contusioni renali, ecc.

Il caso che si presentò alla nostra osservazione e che fu il primo, credo, ad essere provocato da questo sport, tanto in voga ai nostri tempi, ritengo possa avere uno speciale interesse, per quanto riguarda la terapia che tuttora è incerta, sull'intervento o meno, e specialmente sul tempo in cui questo debba essere eseguito. Infatti vediamo che mentre alcuni autori (il Gutsch, il Battle, il Nasse, il Marion, il Vignolo di Lucca) siano di opinione di intervenire precocemente ed appena accertata la lesione anatomica del rene stesso, altri invece (il Delbet, il Keen, il De Quervain, il Castiglioni ed il Cassanello) ritengono opportuno di attendere, sia pure a mano armata, ed operare solo quando le condizioni locali e generali peggiorino.

Dallo studio del nostro caso potremo quindi trarre degli ammaestramenti pratici poichè in queste lesioni è necessario che il chirurgo valuti in modo preciso la sintomatologia, ne conosca perfettamente l'anatomia patologica sì da dirigere prontamente e decisamente la terapia in quei giusti limiti e sino a quel punto che gli daranno la sicurezza del successo.

G. G., di anni 32, fattorino, è coniugato ed ha figli viventi e sani; nella sua anamnesi personale remota e prossima non si rileva nulla di anormale; non sofferse malattie veneree e non ebbe mai disturbi all'apparato uro-genitale.

Verso le ore 16 del 31 dicembre 1927 mentre giocava al foot-ball come portiere della sua squadra e si lanciava a terra per trattenere la palla fu colpito da un calcio dell'avversario al fianco ed ipocondrio destro. Si sentì immediatamente mancare il respiro ma non perdette i sensi. Condotto allo spogliatoio gli venne praticata una frizione sulla parte colpita ed ebbe subito stimolo alla minzione ma non emise che poche gocce di urina fortemente sanguinolenta. Malgrado la sua opposizione fu trasportato al posto di pronto soccorso del nostro ospedale ove dal chirurgo di guardia venne fatto ricoverare d'urgenza in sala chirurgica. Gli fu applicata una borsa di ghiaccio sul fianco, fu praticata una iniezione eccitante e venne lasciato a riposo. Il polso al suo ingresso era regolare, ritmico e a buona tensione.

Alle ore 20 esamino l'ammalato e noto: pallore del volto, labbra pallide, respirazione prevalentemente costale, maggiore convessità del fianco destro, difesa muscolare intensa al fianco e a tutta la metà destra dell'addome. Vi è netta dolorabilità alla pressione e si nota una zona di ottusità che occupa tutto il fianco destro e si propaga in alto sino all'ipocondrio e in basso giunge sino alla spina iliaca anteriore sup. L'ammalato in queste quattro ore dal suo ingresso ha emesso 650 cmc. di urina fortemente ematica. Ha talvolta ambascia di respiro, il polso è a 94 ritmico e a discreta tensione. Faccio praticare una iniezione di coaguleno e una di siero di cavallo. Mi propongo di attendere ancora qualche ora prima di decidere l'intervento. Dalle ore 20 alle 24, ora in cui faccio una seconda visita, l'ammalato ha emesso 850 cmc. di liquido che ha tutto l'aspetto di sangue puro. Il pallore è aumentato, le labbra sono esangui, l'ammalato è in uno stato di assopimento, vi è ambascia di respiro, il polso è a 110 a bassa tensione e si nota qualche aritmia. Localmente è aumentata la zona di ottusità già notata precedentemente; vi è netto senso di fluttuazione profonda alla regione lombare e al fianco. Date le condizioni del paziente, credo opportuno non indugiare oltre e fatto trasportare l'ammalato in sala di operazione e praticata qualche iniezione eccitante, aiutato dal dott. Musacchio procedo all'atto operativo.

Previa anestesia locale tiro un'ampia incisione curvilinea lombo-addominale interessando la cute

ed il sottocutaneo; rìscontro una notevole imbibizione dei tessuti e all'aprire la loggia renale

Fig. 1.

fuoriesce una notevole quantità di sangue nerastro commisto a grossi coaguli che rimuovo rapidamente per farmi strada verso il rene. Sangue rosso rutilante proviene abbondantemente dal fondo della loggia renale. Introdotta nella ferita operatoria la mano sinistra afferro il rene

Fig. 2. — La fenditura divaricata fa scorgere sul fondo il bacinetto lacerato.

che sento completamente fratturato e la stringo in modo tale da frenare l'emorragia. L'esame sommario del rene che appare con una profonda spaccatura longitudinale sulla faccia anteriore e una trasversale in quella posteriore, le condizioni del paziente estremamente gravi mi consigliano di asportare il rene stesso, il che faccio rapidamente. Lascio un drenaggio di garza. L'anemia del malato è intensa, il polso piccolissimo sfugge talvolta alla palpazione. Faccio eseguire abbondanti ipodermoclisi con siero fisiologico ed adrenalina e praticare iniezioni eccitanti, ecc.

L'ammalato si riprende lentamente dallo schok operatorio. L'urina appare immediatamente limpida e già nelle prime 24 ore se ne può raccogliere 1200 cmc. Tolgo il drenaggio in terza giornata che rinnovo per qualche giorno. L'ammalato lascia l'ospedale in 45ª giornata.

L'esame macroscopico del rene asportato fa rilevare una profonda fenditura che partendo dal polo inferiore, segue per un breve tratto il bordo esterno e si porta quindi sulla faccia anteriore sino a raggiungere l'ilo renale. La fenditura interessa tutto il parenchima renale sino al bacinetto.

Sulla faccia posteriore e al lobo superiore si nota una fenditura trasversale che interessa il parenchima renale per circa 1 cm. di spessore.

La radiografia dell'ipocondrio destro eseguita dopo 20 giorni dall'atto operativo non ha messo in evidenza alcuna frattura di coste.

Il caso che ho descritto si presta a varie considerazioni sia sul meccanismo d'azione del trauma, sulla diagnosi e sulla terapia.

Per quanto riguarda il trauma debbo rilevare che malgrado l'apparenza di lieve entità è stato sufficiente a produrre una lesione assai grave e credo che ciò sia da attribuirsi alla posizione dell'ammalato nel momento stesso in cui ricevette il calcio oltre a tutte quelle leggi che furono emesse a spiegazione dello scoppio del rene.

Il meccanismo di azione di queste lesioni, se nei grandi traumatismi è facilmente comprensibile (rotture di coste per schiacciamento fra i respingenti di un vagone, cadute del corpo sul fianco e su spigoli sporgenti, ecc. ecc.), non è tuttora ben chiaro quando il traumatismo è lieve e tale da non produrre comunemente che delle lesioni insignificanti. Si sono verificate infatti delle lesioni renali gravi e persino mortali per sforzi muscolari nel salto, nell'inalzare dei pesi, ecc.

Il Rayer emise essere opera della commozione quelle lesioni renali che si osservano per violenze esercitate a distanza del rene.

Le Dentu invece crede doversi attribuire tali traumatismi all'urto del rene contro le apofisi trasverse della colonna vertebrale.

Il Küster, con delle classiche esperienze, mise in rilievo una teoria che può spiegare in modo esauriente quelle lesioni renali da traumatismi di lieve importanza.

Questo autore riuscì a produrre delle lesioni renali che differivano chiaramente a seconda dello stato di tensione del bacinetto. Si osservò che scagliando un rene fresco di cadavere contro il pavimento, si aveva nel punto del trauma un appiattimento e talvolta una screpolatura circolare e semicircolare. La sostanza renale si presentava spappolata solamente nella superficie con qualche piccola screpolatura. Ripetendo l'esperienza, legando le vene e riempendo di liquido il bacinetto dall'uretere, si trovavano allora delle fenditure profonde che potevano giungere sino al bacinetto stesso. Fu pure osservato che, se la contusione veniva inferta sul margine concavo del rene, le fessure presentavano generalmente una direzione longitudinale.

Nel nostro caso si può ammettere sia l'ipotesi di Le Dentu sia quella specialmente di Küster per le condizioni particolari dell'ammalato nel momento in cui venne colpito. Infatti è ammissibile una speciale congestione renale ed una certa tensione del bacinetto per il continuo sforzo muscolare che il paziente era costretto a compiere per il gioco stesso.

La diagnosi poi è stata facile inquantochè per la gravità della lesione si ebbero subito i sintomi di una rottura del rene ed opportunamente il chirurgo di guardia considerò il caso nella sua giusta gravità e fece ricoverare di urgenza l'ammalato. Un'ematuria infatti che insorge subito dopo un trauma inferto alla regione renale deve sempre mettere in allarme il chirurgo che ha l'obbligo di vigilare continuamente l'ammalato poichè nel volgere di poche ore possono insorgere, come nel nostro caso, sintomi di una tale anemia acuta da richiedere il rapido intervento sul rene.

In taluni casi si è osservato concomitante lesione del peritoneo; la diagnosi di una simile complicazione è tutt'altro che facile quando specialmente il trauma abbia agito dall'indietro all'innanzi. Solo la continua e crescente dolorabilità che si diffonde e si propaga dal fianco verso l'addome, la difesa muscolare ed il versamento endoperitoneale possono dare la certezza di una lesione del peritoneo. In simile evenienza l'ematuria può essere scarsissima e si avrà solamente una anemia a rapidissimo decorso poichè la ferita renale versa liberamente il sangue nella cavità peritoneale.

Quando sia stato strappato il bacinetto o l'uretere si può notare una semplice tumefazione diffusa alla regione renale mentre poi si potranno avere ugualmente tutti i sintomi di una grave anemia.

L'entità dell'atto operativo deve variare a seconda delle condizioni del paziente e del rene.

Spesso questi ammalati si presentano, per il trauma ricevuto, in uno stato tale di schock da far soprassedere momentaneamente a qualunque intervento e si dovrà pensare allora a migliorare solamente le condizioni generali con la posizione bassa della testa, con la somministrazione di lievissime dosi di oppiacei per calmare il dolore e con l'applicazione di impacchi freddi o della vescica di ghiaccio sulla regione renale. Il propinare degli eccitanti durante l'emorragia è alquanto pericoloso perchè questi aumentano indubbiamente la pressione sanguigna, benchè talvolta sieno d'altra parte assolutamente necessari per sollevare l'infermo da quello stato gravissimo di prostrazione che sembra dover far mancare il paziente da un momento all'altro.

Quando l'emorragia è modica il chirurgo deve attendere prima di operare poichè vi è sempre la possibilità che questa cessi spontaneamente. Non credo però che l'aspettativa armata si debba protrarre per diversi giorni inquantochè si sono osservate delle gravi emorragie secondarie da porre in serio pericolo la vita del malato. Anche quando poi l'emorragia primaria sia cessata non si deve pensare che il paziente sia privo di pericoli poichè l'emorragia può ripetersi improvvisamente e con tale imponenza da richiedere un pronto intervento.

Il programma operatorio che il chirurgo deve tracciarsi di fronte ad un traumatizzato del rene deve quindi variare sia dallo stato generale dell'ammalato che dall'ematuria. Una volta decisa l'operazione questa varierà a seconda delle condizioni del rene. Se questo presentasse una lacerazione profonda sia longitudinale che trasversale potrà tentarsi la sutura. Quando sia avvenuto lo strappamento di una piccola porzione del rene, si potrà distaccarla e provvedere al tamponamento e alla legatura della parte restante.

Quando vi sia infine uno spappolamento del rene o diverse fenditure che giungano sino al bacinetto, si dovrà procedere senz'altro alla nefrectomia. Tale intervento avrà certamente una forte probabilità di successo se si riuscirà a vincere, prima dell'operazione, quello stato di schock traumatico che accompagna quasi costantemente questi ammalati e se si interverrà prima che l'anemia acuta, prodotta dalla continua e crescente emorragia, abbia indebolito a tal punto il paziente da temere della sua resistenza ad un atto operativo, che se pur eseguito con anestesia locale, come nel caso descritto credetti opportuno di fare, ap-

porta certamente un altro serio pericolo alla vita dell'infermo già gravemente minacciata.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di frattura del rene provocata da un calcio ricevuto da un giocatore di foot-ball durante una partita e da lui operato poche ore dopo il trauma di nefrectomia e con esito brillante. Vengono fatte alcune considerazioni sull'eziologia delle fratture del rene e sul momento e la tecnica dell'intervento chirurgico.

Un caso di tumore surrenale con metastasi orbitale monolaterale in un bambino.

Dott. TURNO ZANETTI - Arta.

Nel *Policlinico* del 14 maggio 1928 in un riassunto di M. Ascoli sui tumori dei surreni si citano i sarcomi di questi organi; propri dell'età infantile e decorrenti con metastasi orbitali unilaterali.

Fu circa un mese fa che potei osservare il caso seguente in cui fu appunto l'esoftalmo a costituire il primo sintomo patologico d'un tumore di origine renale e probabilmente surrenale.

E. V. d'Anselmo d'anni 3, mi fu presentato da sua madre perchè secondo lei soffriva di dolori addominali. All'esame nulla che richiamasse l'attenzione su qualche organo o apparato, se non una leggera protrusione del bulbo oculare destro. Nella storia della famiglia non vi furono fatti degni di nota. I genitori sono sani, negli ascendenti non risulta esservi stato alcun caso di tumore maligno. La madre ebbe sei gravidanze a termine, nessun aborto nè altre malattie degne di nota. Dei sei figli nati uno morì in giovane età di broncopolmonite post-scarlattinosa, un secondo allattato con latte di vacca soccombette ad una intossicazione alimentare. Un bambino vivo, ora di sette anni, soffrì a tre anni di poliomielite anter. acuta dalla quale residuò la paralisi d'un arto inferiore, due bimbi, rispettivamente d'anni 9 e 12 sono sani, il quarto dei viventi è l'ammalata in parola, ora, mentre scrivo, in istato agonico.

L'anamnesi di questo, data la sua età è breve. Nato da parto eutocico fu allattato al seno materno, crebbe in buona salute, lo sviluppo scheletrico e la dentizione furono normali, non soffrì alcuna delle malattie dell'infanzia. Al tempo della prima visita il bambino era ancora discretamente nutrito; la cute e le mucose erano alquanto pallide.

Apparecchio circolatorio e respiratorio normali. L'addome era un po' meteorico e dolente alla pressione. La defecazione si compiva normalmente. Dopo qualche giorno i fatti addominali scomparvero. La milza ed il fegato risultavano in sito ed alla percussione nei limiti fisiologici. L'esame delle orine negativo. T. normale. P. 90.

Fatto degno di nota rimaneva e si accentuava l'esoftalmo a destra. Le palpebre da questo lato erano alquanto edematose e rigate da sottili ectasie vasali decorrenti sotto la cute tumida d'un lieve color violetto.

Il bulbo, poco mobile, era rotato in basso ed all'interno. L'altro occhio era normale. Le ossa del cranio e quelle periorbitali pure normali.

L'a. venne inviato da un oculista, il quale praticava una puntura esplorativa retrobulbare « col solo risultato di estrarre alcuni cmc. di sangue molto fluido, senza pus ». L'egregio specialista, cui non fu, per il rifiuto della madre, concesso di tenere l'a. alcuni giorni in osservazione, non osò pronunciarsi, prospettò tuttavia la probabilità d'una neo-formazione maligna retroorbitaria.

Rividi l'infermo otto giorni dopo. Era molto deperito; l'occhio destro era spinto quasi completamente fuori dall'orbita; la congiuntiva bulbare appariva rosso cupa, l'iride color giallo, lo sguardo morto.

All'esame dell'addome si palpava sotto l'arcata costale sinistra, in profondità, un tumore della grandezza d'un uovo di gallina, duro, che si spostava appena coi movimenti respiratori. Facendo pressione posteriormente dalla regione costo-lombare sinistra verso l'avanti si poteva imprimere al tumore un movimento che si trasmetteva alla mano affondata anteriormente sotto l'arcata costale.

Alcuni giorni dopo quel tumore era talmente aumentato di volume da occupare tutto l'ipocondrio sinistro e da essere visibile all'esterno come una bozza della grandezza d'un'arancia, che sollevava nel guardante sin. superiore la parete addominale.

In questi ultimi giorni il piccolo è rapidamente deperito e profondamente anemizzato. Il bulbo, completamente esteriorizzato è strozzato e necrotico.

Dall'unita fotografia si vede chiaramente l'esoftalmo col bulbo in preda a necrosi da strozza-

mento ed osservandola un po' a distanza si nota anche la bozza prodotta dal tumore sulle pareti addominali.

In quest'ultimo tempo, cresciuto rapidissimamente il tumore, l'addome appare del tutto sformato.

Arta del Friuli. Dott. ZANETTI TURNO.

RIASSUNTO.

Resoconto clinico di un caso di tumore surrenale con metastasi orbitale monolaterale in un bambino.

Ospedale Civile di S. Maria dei Battuti - Divisione Chirurgica
diretta dal Primario dott. cav. P. MASOTTI
S. Vito al Tagliamento.

Un caso di tetano grave guarito con iniezioni endorachidee ad alte dosi di siero antitetanico

per il dott. C. ROMANINI, assistente.

N. S. di anni 23, da Morsano, fu ricoverata nel nostro Ospedale il 30 giugno per spondilite cervico-dorsale e uscita con corsetto Sayre in buone condizioni il 9 luglio.

Le fu prescritta una cura ricostituente e remineralizzante a base di iniezioni ipodermiche.

Rientra il 17 agosto accusando dolori forti alla gamba sinistra. Ha inoltre un visus sardonico e le parole sono scandite, poco ben pronunciate per un trisma della mandibola. Si lamenta inoltre di dolori alla nuca ed al collo.

Si viene a sapere che l'ammalata circa 15 giorni prima, in seguito ad una leggera infezione prodotta dal praticare, con ago poco pulito, le iniezioni a scopo curativo prescrittele all'atto dell'emissione dall'Ospedale, e per lenire le sofferenze sopravvenutele sia ricorsa all'uso di rimedi empirici a base di burro, uova, sapone e applicazioni di ragnatele per suggerimento di alcune donnicciuole. Dopo otto giorni di tale trattamento s'andarono manifestando i sintomi che ora descriverò e per i quali fu inviata al nostro Nosocomio.

Es. ob.: È in stato dolorante ed abbattuto. Emette continuamente lamenti. Si notano delle scosse tonico-cloniche agli arti superiori ed inferiori. La facies è sardonica, la nuca è rigida tanto che la testa non può essere sollevata. È in opistotono. L'addome in special modo è teso e rigido.

La paziente accusa vivi dolori sollevando gli arti inferiori specie il sinistro.

Alla gamba sinistra si nota nella parte esterna della coscia la pelle arrossata e sollevata in più punti.

Si diagnosticano per degli ascessi superficiali. Presenta inoltre una piccola incisione praticata dal Medico locale.

Si passa all'incisione degli ascessi e alla disinfezione con impacchi di acido fenico.

Presentandosi il caso classico di un tetano traumatico si pratica subito una puntura lombare e si estrae un liquor limpido fuoriuscente con modica pressione e si iniettano sempre per via intrarachidea.

Il primo giorno:

Alla mattina 20.000 U. di siero antitetanico dell'I. S. M.

Alla sera pure 20.000 U. dello stesso siero.

Inoltre ogni 3 ore si pratica una iniezione di acido fenico di 1 cmc. e clisteri di bromuro e cloralio.

Il secondo giorno:

Alla mattina 20.000 U. Alla sera pure 20.000 U.

Si continuano pure le iniezioni di acido fenico 1 cmc. ogni 3 ore e un clistere di bromuro e cloralio ogni 5 ore.

Permane la facies caratteristica, sardonica, il trisma della mandibola è però diminuito.

La parola è meno inceppata e più facile. Le contrazioni tonico-cloniche per quanto susseguentesi frequentemente sono però meno violente.

Il terzo giorno:

Si iniettano pure 40.000 U., 20.000 alla mattina e 20.000 alla sera.

Presentandosi le orine di color oscuro si sospendono le iniezioni di acido fenico.

Si continuano i clisteri di bromuro e cloralio 1 ogni 5 ore.

La facies sardonica perdura, il trisma è meno evidente, le parole sono più franche e le contrazioni più rare.

Il quarto giorno:

Si iniettano pure fra mattino e sera 40.000 U.

Tutta la sintomatologia tetanica sopradescritta va cedendo: le contrazioni tonico-cloniche sono meno forti e più distanti l'una dall'altra, la parola è abbastanza franca ed il trisma va scomparendo. La paziente non emette più lamenti e comincia a sollevare la testa.

Il quinto giorno:

Si iniettano alla mattina solo 20.000 U. Si continuano più raramente però i clisteri di bromuro e cloralio.

Il sesto giorno:

Si iniettano: alla mattina 10.000 U. Alla sera 10.000 U.

Si pratica un solo clistere di bromuro e cloralio.

Il settimo giorno:

Si iniettano alla mattina solo 10.000 U.; 1 clistere di bromuro e cloralio.

L'ottavo giorno:

Si iniettano 5000 U.

Il nono giorno:

Si iniettano pure 5000 U.

Essendosi la sintomatologia tetanica completamente scomparsa, non mi dilungo qui a descrivere i particolari, essendo il quadro clinico abbastanza noto, e manifestandosi leggeri fatti di anafilassi, consistenti in prurito ed in un leggero eritema, si sospendono le iniezioni antitetaniche per via rachidea e si somministra cloruro di calcio e adrenalina.

La paziente completamente guarita dall'infezione tetanica, viene ancora trattenuta in Ospedale, perchè affetta da spondilite cervico-dorsale, per la quale, come riferii, fu ancora al nostro Nosocomio, e inviata a casa in ottime condizioni con corsetto Sayre il 3 ottobre.

Fu rivista un mese dopo e nulla si riscontrò per quanto riguarda la passata infezione tetanica.

Ho creduto opportuno pubblicare il caso presente per aggiungerlo alla statistica di quelli

guariti e per dimostrare come sia utile ricorrere ad alte dosi di siero antitetanico specie nei casi gravi e quasi insperati.

Il mio Primario ne pubblicò due nel 1924 guariti con iniezioni endovenose ad alte dosi di siero antitetanico dell'I.S.M.

Esso per il brillante risultato ottenuto consigliava questa via alla endorachidea.

Terapia. Del novembre 1928 riporta pure due casi di tetano completamente risolti, uno con iniezioni di siero antitetanico dell'I.S.M. per via endorachidea a piccole dosi per volta, e il secondo con iniezioni di siero antitetanico sempre dell'I.S.M. per via sottocutanea ad alte dosi.

Il mio caso sta a dimostrare, non voglio con ciò infirmare gli altri metodi di cura, che la via endorachidea non è da scartarsi, ma bensì da preferirsi nei casi gravi e come non abbia dato luogo a fatti di anafilassi o di intolleranza.

È da notarsi che la nostra paziente era una specifica da diversi mesi affetta da spondilite.

Quantunque le condizioni generali siano state scadenti pure le forti dosi di siero (in toto U. 220.000) non le procurarono alcun disturbo all'infuori di quei piccoli fatti di eritema e di prurito che ho citato.

A coadiuvare la terapia sierologica tornano di grande utilità le iniezioni di acido fenico alla Baccelli (1 cmc. ogni 3 ore); è d'uopo però tener sorvegliate le orine e sospendere le iniezioni appena accennino a divenir oscure, come avvenne nel nostro caso.

I clisteri di bromuro e di cloralio (Br. di K. gr. 1.50; clor. idrato gr. 0.50 su gr. 150 di acqua) sono indispensabili nella cura antitetanica ad evitare quelle contrazioni spasmodiche al torace paralizzanti i muscoli respiratori e che spesse volte sono la causa della morte per asfissia.

I bagni molto caldi, che parecchi usano, non credo apportino molti benefici; nel nostro caso, quantunque si avesse avuto la comodità di farne uso, non li abbiamo tentati. È necessario inoltre un personale adatto e non sono scevri di pericoli.

Ci siamo affidati soltanto all'azione sedativa del bromuro e del cloralio.

Rivolgo un doveroso ringraziamento al mio Primario che mi ha consigliato e lasciata ampia libertà di studio e di azione.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di tetano guarito con iniezioni di siero antitetanico ad alte dosi (*in toto* 220.000 U. I.), fatte per via endorachidea, la quale è da preferirsi nei casi gravi e non dà fenomeni di anafilassi, nè di intolleranza.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Le più recenti vedute anatomopatologiche sulla tubercolosi.

(BENDA. *Mediz. Klin.*, 25, 1929).

L'A. prospetta il lato anatomo-patologico del « nuovo concetto » della tubercolosi e ne discute i dati principali.

Anzitutto ammette la possibilità che si trovino focolai isolati sottoclavicolari: riconosce però che la sede più frequente è l'apice del polmone dove si trovano processi cicatriziali che depongono per un processo antico: non è peraltro da credere che questi focolai iniziali che portano poi a processi cronici, abbiano sin dal principio un carattere « produttivo », giacchè invece, si tratta piuttosto di un'essudazione che evolve poi nell'epatizzazione, la degenerazione caseosa ecc., o nella cicatrizzazione.

Nel resto del suo lavoro l'A. difende energicamente la teoria di Weigert sulla genesi della tubercolosi miliare dalle accuse mossegli dall'Hübschmann.

Secondo Weigert, infatti, tale genesi andava ricercata nella presenza di focolai tubercolari nelle pareti dei vasi (vene polmonari, dotto toracico, grosse arterie) e da cui avverrebbe (per rottura dei focolai stessi entro il lume dei vasi) la disseminazione dei bacilli nel torrente circolatorio.

L'A. parla di una tromboendoangioite tubercolare, giacchè colle lesioni specifiche delle pareti dei vasi si impiantano nelle masse trombotiche, produzioni tubercolari e degenerazioni caseose; egli modifica quindi un po' le vedute di Weigert, giacchè, secondo lui, l'immissione dei bacilli in circolo dipende dal disfacimento delle masse trombotiche, veri punti di arricchimento dei bacilli.

Hübschmann ritiene che nella tubercolosi vi siano sempre germi in circolo (bacillemia), e che così si possa, per speciale debolezza dell'organismo, giungere alla tubercolosi miliare, in completa indipendenza dai focolai vasali che *possono anche mancare.*

L'Hübschmann appoggia le sue vedute su alcune considerazioni che il Benda attacca una ad una; nella tubercolosi miliare, dice l'H., mancano sovente i focolai vasali; certo essi non sono stati bene ricercati, replica il Benda, giacchè occorre una pazienza e una pratica veramente esercitatissime per tale ricerca, e d'altra parte, a confessione dello stesso Hüb-

schmann, i vasi periferici e le arterie non furono esaminate.

I focolai vasali, quando esistono, sono poveri di bacilli e, perciò, non capaci a determinare una scarica bacillemica in circolo, secondo Hübschmann; Benda pensa che talora, invece, i focolai siano assai ricchi di bacilli, e ammette che talora i focolai presentino fenomeni di organizzazione fibrosa o si trovino in vasi obliterati e non siano perciò capaci di dare la scarica dei bacilli nel sangue; ma in questi casi, cercando accuratamente, si troverà sempre un altro focolaio, magari piccolo, ma capacissimo di dare la tubercolosi miliare. Si tratta di saper cercare!

Nessuno ha mai trovato focolai vasali senza tubercolosi miliare, dice H., e ciò prova che i focolai stessi sono la conseguenza e non la causa della tubercolosi miliare. L'A. si accorda con lui: è vero, nessuno li ha trovati: ma nessuno li ha saputi cercare!

Non si può infine ammettere che, per provare la verità della teoria di Weigert, sia necessario trovare delle embolie bacillari: una bacillemia tubercolare non si può confrontare con una setticopiemia e gli stafilococchi, a rapido accrescimento, non sono da paragonarsi con i bacilli di Koch che si moltiplicano con grande lentezza.

Eppure, c'è di più: embolie tubercolari si trovano nella miliare acuta, l'A. le ha viste nei glomeruli di un rene da lui esaminato nel 1903: l'autorità di Virchow, che esaminò anch'esso il caso, lo rende indiscutibile.

Concludendo, secondo l'A., focolai della parete vasale possono aversi in qualsiasi periodo di un processo tubercolare umano. Essi sono metastasi tubercolari, per via sanguigna: generalmente poveri di bacilli e tendenti all'organizzazione, possono talora (per ragioni che sfuggono) presentare un arricchimento superficiale di bacilli e un rammollimento; batterii e batteriotossine possono essere allora lanciati nel sangue, donde una vera bacillemia.

V. SERRA.

Sindrome encefalo-meningea nell'inizio delle tifoidi nel bambino.

(NOBÉCOURT. *Journal des praticiens*, 16 marzo 1929).

Nella fase d'invasione e durante i primi giorni delle febbri tifoidi e paratifoidi, compaiono spesso dei sintomi che indicano la sofferenza del sistema nervoso: cefalea frontale, barbaglii agli occhi, vertigini, dolori muscolari, articolari, nervosi, abbattimento, insonnia, ecc.

Tali sintomi sono di osservazione corrente negli adulti ma più discreti nei bambini. In alcuni casi, però, essi assumono un'intensità particolare ed attirano specialmente l'attenzione sull'encefalo e sulle meningi, realizzando allora una sindrome encefalo-meningea, che fa pensare ad una meningite anzichè ad una tifoide. Si parla allora di meningo-tifo o di tifoide meningitica.

Tale sindrome sembra comparire piuttosto in alcune epidemie che non in altre; essa è piuttosto rara; in alcune osservazioni si è verificata nel 3,5 % dei casi.

I principali sintomi sono: la cefalea frontale e specialmente occipitale, i dolori alla nuca, lungo il rachide, negli arti inferiori; iperestesia cutanea e muscolare più o meno generalizzata, predominante agli arti inferiori, il dolore provocato alla pressione delle masse muscolari e soprattutto dei nervi; rigidità della nuca e talora un vero opistotono, segno di Kernig. di Lasègue.

I malati hanno talora delle convulsioni, abbastanza spesso dei vomiti, della costipazione. Il polso ha frequenza variabile, talora si ha una bradicardia relativa alla temperatura, talora una bradicardia vera. La respirazione è ineguale, l'occhio dolente alla pressione, talora strabico.

Tali sintomi hanno intensità diverse e sono più o meno numerosi secondo ogni malato.

Spesso, l'inizio è lento e progressivo. La febbre è subcontinua, si eleva ogni sera un po' più che al mattino (periodo delle oscillazioni ascendenti, che dura per 4-5 giorni). Non è raro però che l'inizio sia rapido ed anche brusco; la temperatura si eleva improvvisamente a 39°-40°, come nella polmonite.

Secondo le diverse modalità, i sintomi nervosi possono simulare la meningite tubercolare o quella da meningococchi, di cui l'inizio varia a seconda dei casi. La forma tubercolare ha, di solito, un inizio lento e progressivo, ma talora può averlo invece rapido, come la forma cerebro-spinale la quale, a sua volta, può invece iniziarsi lentamente e progressivamente con sintomi meningei tardivi, atipici, frusti, ingannatori.

All'inizio, i sintomi particolari della tifoide sono nulli o poco importanti; l'addome non è teso, la splenomegalia nulla o modica, l'epistassi rara. È soltanto nel secondo settenario che i sintomi meningei si attenuano e compaiono invece quelli della tifoide. Fra i segni che devono far pensare piuttosto alla meningite tubercolare sono da menzionarsi i *disturbi del ritmo respiratorio*.

Quando il quadro clinico ricorda quello della *meningite cerebro-spinale*, i sintomi dolorosi e la rigidità della nuca e degli arti inferiori, nonchè il segno di Kernig assumono una intensità particolare.

I dolori possono aversi indipendentemente da ogni partecipazione meningea apprezzabile; localizzati alla nuca, realizzano il torcicollo, estesi alla nuca ed agli arti inferiori, la sindrome cervico-sciatica.

Entrambe queste sindromi non sono speciali

alla tifoide; si possono trovare nell'endocardite, nella scarlattina, le pneumococcie e, per evitare errori, è necessario un esame metodico.

La nuca è dolente; però, il dolore spontaneo è leggero e si ha soltanto quando il bambino si muove o quando lo si esamina. Il minimo movimento provoca del dolore, sicchè il malato tende ad immobilizzare il collo; generalmente, il dolore è bilaterale e la testa resta quindi diritta, mentre quando è unilaterale, la testa s'inclina da un lato, donde il torcicollo.

Sono specialmente i movimenti di rotazione che sono dolorosi; i movimenti di flessione, se si procede con dolcezza, lo sono poco; non vi è vera rigidità della nuca, vi è una falsa rigidità di difesa, che si provoca se si fa l'esame troppo bruscamente.

D'altra parte, la pressione rivela dei punti dolorosi ai lati del collo, in corrispondenza delle articolazioni vertebrali o dei legamenti interspinosi.

Gli arti inferiori rimangono immobilizzati per il dolore; questo può essere spontaneo ai lombi ed alla faccia posteriore delle coscie. Si hanno dei segni di sciatica (punti dolenti alla pressione sotto la testa del perone, in corrispondenza del gran trocantere, dell'incisura sciatica, della regione lombare); la ricerca del segno di Lasègue può provocare una contrattura di difesa che si può prendere, a torto, per un segno di Kernig.

L'analisi dei sintomi permette così di escludere una vera sindrome meningea; spesso, poi, anzichè di irritazione meningea, si tratta di artriti alle articolazioni vertebrali (torcicollo) o di nevralgie dovute all'irritazione di radici o di plessi nervosi (come nel caso della sciatica).

La diagnosi può essere chiarita con la puntura lombare; il liquor è limpido, poco o punto iperteso, sterile, con albumina in quantità normale e senza leucociti. In qualche caso, però, si può avere anche linfocitosi, per cui la diagnosi può propendere per una meningite tubercolare.

Si completerà l'esame con l'emocultura e la sierodiagnosi.

Queste forme sono spesso chiamate meningee, ma è questo un errore, in quanto che la partecipazione meningea non costituisce il fattore principale ed ha soltanto una parte accessoria. Il liquor, di fatto, è normale; alle eventuali autopsie, non si trova segno di meningite, ma soltanto un'iperemia più o meno intensa delle meningi e dell'encefalo.

Clinicamente, si tratta di sindromi encefalomeningee. La parte più importante, nel quadro sintomatico, è dovuta alle stesse cellule cerebrali, lese dalle tossine tifiche. Ed è appunto l'intossicazione ebertiana delle cellule nervose il solo processo capace di spiegare alcune modalità cliniche, come, p. es., i disturbi respiratori di origine nervosa. Altri tessuti possono essere interessati, come i nervi, le radici nervose, le articolazioni, donde, il torcicollo e la sindrome cervico-sciatica.

Si ritiene generalmente che queste forme ad inizio encefalo-meningeo sia di *prognosi* particolarmente grave. Secondo Netter, le tifoidi senza segno di Kernig danno una mortalità del 7 %, quelle con Kernig, invece, del 20,5 %; le ricadute si hanno nel 16 % nel primo caso e nel 43,2 % nel secondo.

L'A. non ritiene che si debba fare una prognosi tanto grave; dei 6 malati da lui osservati, 5 sono guariti; di altri 8 malati di cui ha notizia, si sono avuti 2 morti, in un poppante ed in un bambino appena svezzato; tenuto conto della gravità della tifoide nei bambini molto piccoli, a parte qualsiasi fenomeno encefalo-meningeo, si vede che la mortalità non è certamente molto elevata.

FILIPPINI.

L'azione del batteriofago sul batterio del tifo.

(C. SONNENSCHEIN. *Münch. med. Wochensch.*, 1 marzo 1929).

L'A., fino dal 1925, ha messo in uso il batteriofago per la diagnosi specifica del paratifo B, applicando tale metodo nella pratica (l'Istituto di Igiene di Colonia fornisce a tale scopo il batteriofago in tubi saldati alla lampada). Lo stesso batteriofago esplica sulle colture di paratifo e di bacilli analoghi un'azione nel senso di provocarne la trasformazione in tipi mucosi, azione che, sul principio, egli non potè dimostrare per il bacillo del tifo.

Ulteriori studi hanno condotto l'A. ad ottenere col tifo, delle forme emolizzanti e viscose.

Su una piastra di agar-sangue (al 5 % di sangue di montone defibrinato) si semina con la spatola il bacillo del tifo; in seguito, si mette una goccia di batteriofago adatto per la diagnosi di tifo e la si fa scorrere sulla piastra; dopo 6-8 ore a 37°, si inizia, nei punti dove è passata la goccia e, specialmente ai margini l'emolisi. Prelevando il materiale da questi punti, si ottiene uno stipite di batterio tifico emolitico. Tale prova, ripetuta su 55 stipiti di bacilli del tifo è stata costantemente positiva e porta l'A. a ritenere che il bacillo del tifo, analogamente a quelli dello stesso gruppo, abbia un potere emolitico latente (saprofitico-atavico?).

Tale trasformazione si ottiene non soltanto col batteriofago specifico, ma anche con altri batteriofagi polivalenti ed è da attribuirsi non già a questi, ma allo stesso bacillo del tifo sotto l'influenza del primo.

Le stesse prove, ripetute con sangue umano, hanno dato risultato negativo; gli stipiti emolizzanti (per il montone) seminati su terreni con sangue umano non mostrano proprietà emolitiche; essi potrebbero quindi venire uti-

lizzati per la diagnosi specifica di sangue di montone.

La proprietà emolizzante può anche aversi senza preventiva azione del batteriofago. Di fatto, l'A., su 56 stipiti di bacilli del tifo, seminati direttamente su agar-sangue (di montone) ne trovò due con proprietà emolizzanti ed uno ne trovò su 20 bacilli del tifo isolati di recente dall'uomo.

Mediante l'azione del batteriofago, l'A. ottenne la trasformazione di un bacillo del tifo in forma molto emolizzante che, specialmente in piastre di agar-ascite, diede luogo alla formazione di colonie mucose (*Bact. typhi mucosum*). All'esame microscopico, si vedevano forme coccisimili a catena con forme bacillari molto più lunghe che le normali. In goccia pendente le forme erano immobili (*Bact. typhi immobile*); il titolo di agglutinazione era più basso che quello delle forme non mucose.

I risultati ottenuti dall'A. dimostrano la possibilità di usare il batteriofago come diagnostico e la possibilità di ottenere sperimentalmente la trasformazione dei germi.

fil.

VASI SANGUIGNI.

Sulla clinica della trombosi della vena splenica.

(J. KRETZ. *Mediz. Klinik*, n. 8, febb: 1929).

Ad onta dei progressi che ha fatto la diagnostica ematologica non ci riesce sempre per mezzo dell'esame del sangue trovare la causa di molti casi di splenomegalie croniche. Tra queste la trombosi venosa della milza offre un quadro morboso abbastanza ben delimitabile che va ritenuto meno frequente di quanto si creda.

L'A. non considera i casi in cui la malattia è un avvenimento nettamente secondario quando ad es. una sepsi, un tumore sono direttamente qualificabili come causa di essi, ma prende in esame quelli in cui, pure esistendo una manifestazione primitiva, questa è totalmente nascosta dalla manifestazione splenomegalica. Di questo tipo ha trovato nella letteratura 29 casi isolati di cui due da lui stesso osservati.

Conclude dalle statistiche insieme a Weinert ed Eppinger che dipenda dal metodo delle sezioni una identificazione precisa anatomo-patologica di questa forma morbosa.

I sintomi della T. V. S. sono il tumore di milza che si stabilisce più o meno gradualmente, l'anemia (alcune volte poliglobulia), le gastrorragie le quali sono spesso precedute da senso di pressione alla regione epigastrica specialmente dopo i pasti e che dipendono talora dai rapporti diretti che la parete gastrica viene ad assumere col tumore splenico, talaltra da lesioni perigastriche o da vere trombosi delle vene dello stomaco. L'esame del sangue non dimostra nulla di caratteristico eccetto l'anemia ed una forte leucopenia. È da tenersi presente sopratutto per la diagnosi differenziale la mancanza assoluta di disturbi funzionali del fegato che non è aumentato di volume; manca l'ittero e l'ascite.

La causa di questa forma morbosa va riscontrata spesso in processi infiammatori dei quadranti superiori dell'addome: bisogna pensare sopratutto alle malattie del pancreas e delle linfoglandole pancreatiche o lienali per i rapporti topografici con la vena splenica. Su 5 casi presi in esame dall'A., in 4 la malattia era causata da tubercolosi delle linfoglandole addominali senza che clinicamente si potesse mettere in evidenza un processo specifico a carico dei vari apparati.

Circa la cura, la irradiazione splenica è pericolosa inquantochè può accentuare la leucopenia; anche la splenectomia non è una indicazione costante, la prognosi dipende sopratutto dalla causa primaria.

R. GOSIO.

La diagnosi precoce della tromboangioite obliterante.

(S. SAMUELS. *Journal American Medical Association*, 1929, 11 maggio).

Il successo della terapia conservativa nella tromboangioite obliterante dipende dall'accertamento della malattia nelle sue prime fasi. Gli attuali mezzi diagnostici consentono di rilevare abbastanza facilmente la presenza di occlusioni arteriose nelle estremità molto prima che si sia stabilita la fase terminale della gangrena.

I sintomi subiettivi sono ben noti (dolori, crampi, senso di peso alla estremità colpita, che diventano sempre gravi fino allo sviluppo della claudicazione intermittente).

I sintomi della malattia in pieno sviluppo sono bene evidenti (disturbi vasomotori e trofici, ulcerazioni, gangrena).

Quel che interessa precisare per la diagnosi precoce sono i fatti obiettivi iniziali.

Nella sua forma più semplice la diminuzione dell'apporto di sangue arterioso ad un'estremità produce due effetti fondamentali: abbassamento della temperatura locale e impallidimento nel colore della parte colpita. Questi fenomeni, specie se unilaterali, possono essere considerati come patognomonici dell'occlusione arteriosa periferica.

Il limite tra le parti normali e quelle ipotermiche e pallide corrisponde generalmente all'altezza dell'occlusione arteriosa.

L'impallidimento dell'estremità colpita può esse resa più evidente con due espedienti: mettendo in giuoco l'azione della gravità e con la compressione dei muscoli della gamba e del piede.

Stando il paziente in posizione supina l'elevazione della gamba con un angolo di 90 gradi, quando c'è occlusione arteriosa, produce pallore o ischemia della parte affetta dopo un periodo di tempo variabile. L'ischemia si produce facilmente quando l'occlusione è presso che completa o completa del tutto, ma nelle fasi iniziali, per rendere evidente il fenomeno, occorre procedere alla compressione dei muscoli. Così all'azione della gravità si aggiunge un altro fattore ischemizzante.

Oehler in un caso di diskinesia intermittens brachiorum osservò che la ripetuta apertura e chiusura della mano produceva pallore dell'avambraccio e della mano. Parkes-Weber osservò un fenomeno simile in un caso di tromboangioite obliterante. Dopo il tipico arrossamento prodotto dal riscaldamento dell'arto leso in posizione pendente, la rapida estensione e flessione del piede produceva pallore transitorio della pianta del piede.

Questo metodo si può rendere più sensibile nel modo seguente. Si fa mettere il paziente in posizione supina su di un letto basso e quindi lo si invita ad elevare ambo gli arti ad un angolo di 90 gradi. In questa posizione s'imprimono rapidi movimenti passivi di estensione e flessione del piede. A produrre l'ischemia concorrono così tre fattori: la gravità, l'occlusione arteriosa e l'azione comprimente dei muscoli della gamba e del piede prodotta dalla loro contrazione. Se la lesione arteriosa è unilaterale si osserva il cambiamento di colore del solo arto affetto. Il colorito roseo normale della pelle passa gradatamente in un pallore cadaverico, che persiste fino a quando il piede è tenuto in posizione elevata anche quando non si fanno più movimenti, mentre il piede sano conserva la sua tinta naturale. È interessante notare che durante la manovra si riproduce apparentemente il meccanismo della claudicazione intermittente, perchè dopo pochi minuti di movimenti del piede il paziente avverte crampi tipici nel polpaccio dal lato affetto o, nei casi di media intensità, una sensazione di stanchezza.

Un leggero pallore appare anche se c'è l'occlusione della sola arteria plantare o digitale, nel qual caso la modificazione della tinta è limitata al dito corrispondente, che assume un aspetto nettamente cadaverico.

In qualche caso nel quale la lesione arteriosa è minima, l'ischemia appare come un diffuso marezzamento su un fondo roseo pallido, ma sempre in marcato contrasto con la tinta normale del piede del lato opposto. Nei casi gravi nei quali l'occlusione arteriosa è diffusa e raggiunge la regione poplitea o parti soprastanti, il pallore del piede affetto è intensissimo.

L'apprezzamento della pulsazione arteriosa nel piede non sempre può dare utili elementi per la diagnosi: si tratta di un metodo grossolano e incompleto. La persistenza della pulsazione dell'arteria tibiale posteriore può indicare che la lesione è più periferica, ma non sempre riesce possibile palpare le arterie plantari e quelle terminali digitali. La pulsazione dell'arteria dorsale del piede si apprezza facilmente ma solo per la lunghezza di pochi centimetri. D'altra parte non è rara l'assenza congenita di una o ambo le pedidie dorsali, nel qual caso l'arteria peroniera anteriore diventa più prominente. Questo vaso talvolta si può sentire pulsare sulla parte laterale del piede. In qualche anomalia congenita non si riesce a rilevare la pulsazione di nessun vaso.

La mancanza di pulsazione della pedidia o della tibiale posteriore nei casi sospetti di tromboangioite obliterante, deve indurre a praticare la prova dell'ischemia plantare. L'esito positivo di questa confermerà la diagnosi di occlusione arteriosa e l'esito negativo metterà in dubbio la diagnosi specie se l'indice oscillometrico si troverà entro limiti normali.

DR.

APPARATO GASTRO-INTESTINALE.

Cancro dell'intestino.

(R. WARREN. *The Lancet*, 8-9-1928).

Questo lavoro fu fatto dall'A. su 69 osservazioni di cancro dell'intestino (escluso il retto) accertato coll'operazione; tutti, meno due, erano del grosso intestino. Tutte le età erano rappresentate (da un ragazzo di 15 anni a un vecchio di 78).

Il cancro è più frequente alle due estremità del colon (12 casi dal cieco fino all'angolo epatico, 4 al colon trasverso, 20 all'angolo splenico e colon discendente, 31 al sigma).

L'inizio è insidioso: si ha una vaga « dispepsia » o un senso di malessere addominale. *I sintomi* più comuni sono il dolore, la flatulenza, il meteorismo, le alterazioni della motilità (stipsi o diarrea) ed eventualmente tumefazione locale nel primo periodo di malattia. Poi si hanno segni di occlusione intestinale acuta o di irritazione peritoneale localizzata o generalizzata. Molti dei segni precoci sono dovuti ad ostruzione intestinale e devono perciò essere accuratamente vagliati.

Il dolore è intermittente e varia dal malessere addominale alla forte colica man mano che l'ostruzione progredisce; esso può essere in rapporto coi pasti ma non costantemente come nell'ulcera; il suo associarsi a flatulenza fa pensare alla dispepsia colecistica.

La flatulenza è una parola che indica eruttazione associata a dolore o a malessere oppure indica senso di ripienezza e di distensione che si manifesta con borborigmi; son questi segni di scarsa importanza.

Il meteorismo notevole è raramente un segno precoce; esso indica un'ostruzione notevole.

Sintoma molto suggestivo è *l'irregolarità della defecazione* che compare in individui adulti o avanzati in età i quali fino ad allora avevano l'alvo regolare. Feci meno frequenti, meno abbondanti, più sottili e a forma di nastro fanno pensare ad ostruzione della porzione bassa del grosso intestino; l'ostruzione più alta per lo più non dà stitichezza nè alterazioni di forma delle feci. *La diarrea* è meno frequente della stitichezza e può anche essere sintoma iniziale. Nello stato classificato come diarrea rientrano due condizioni differenti. Una è la liquefazione di feci poste al disopra di un'ostruzione in cui è bloccata una massa di scibale; così si ha formazione abbondante di materiale simile a minestra di piselli prodotta da ipersecrezione della mucosa irritata e dall'incapacità di essa a compiere la sua funzione normale d'estrarre l'acqua dalla poltiglia fecale; questo materiale può eliminarsi spontaneamente dando diarrea oppure è eliminato dal chirurgo col tubo di Paul. L'altra condizione è un'irritazione dell'escrescenza fungosa per il passaggio delle feci, donde produzione di muco, pus e forse anche sangue, così si ha pure tenesmo. Questo secondo tipo di diarrea è particolare al cancro della porzione bassa dell'intestino, specie del retto.

Una *tumefazione* palpabile non è comune e, quando c'è, è di significato grave.

Negli stadi più avanzati si ha quello che fu chiamato « addome acuto » e può aversi occlusione o peritonite o entrambe.

L'indagine radiologica non dev'essere mai trascurata nelle « dispepsie »; qualche volta si può così stabilire precocemente l'esistenza di un tumore.

Le complicazioni sono frequentissime e possono essere conseguenza diretta della tumefazione (estensione del cancro all'omento, alle glandole, al peritoneo, al fegato o distensione dell'intestino a monte del tumore con esito in ulcerazione, gangrena, perforazione e peritonite) o essere un'associazione di malattia completamente distinta (appendicite, cisti ovarica suppurata, fibroma uterino).

Per *la cura*: su 69 casi, in 57 fu fatto il drenaggio preliminare mediante colostomia (inclusa la cecostomia) o mediante anastomosi laterale; in 12 fu fatta subito l'escissione e poi l'anastomosi. Su 43 casi che sopravvissero alla colostomia o all'anastomosi preliminare fu fatta in 24 l'escissione del tumore e 16 guarirono. Per regola generale non si fecero resezioni come primo intervento quando c'era occlusione; ma in qualche caso il comportamento fu diverso e il risultato non sempre cattivo.

Nell'escissione primaria si ebbe mortalità del 60 %, nella secondaria del 30 %. L'escissione secondaria si può fare anche nei vecchi di più di 70 anni. La colostomia da sola ha mortalità del 20 %; è una percentuale elevata dovuta alle complicazioni del cancro. L'escissione primaria è indicata: 1) quando mancano segni di ostruzione; 2) quando c'è tumore del ceco e del colon ascendente; 3) quando si ha sepsi o peritonite o ascessi attorno al tumore e l'attesa renderebbe impossibile, per le aderenze, la successiva estirpazione.

Tre sono i punti di elezione della colostomia: il sigma, il colon trasverso e il ceco. Il sigma si può scegliere pei tumori posti al disopra del retto; ma non sempre l'ansa è sufficientemente lunga per essere portata alla superficie. Il ceco è la sede preferita, non solo perchè molto facilmente accessibile, ma anche perchè contiene feci liquide e il tubo di Paul non può essere ostruito da scibale. Gli svantaggi della cecostomia sono più apparenti che reali. Ecco quali sono: 1) la cecostomia è una fistola fecale, non un ano artificiale, quindi feci possono passare nel tratto d'intestino posto a valle; ma questo può succedere anche coll'ano artificiale; 2) la fluidità delle feci provoca spesso alterazioni cutanee, quindi la cecostomia è ottima per la derivazione temporanea, non per la permanente e prima di farla bisogna assicurarsi dell'asportabilità del tumore (a volte si deve chiudere in un secondo tempo la cecostomia per estirpare il tumore in un terzo tempo).

Il colon trasverso presenta questi svantaggi: di essere spesso spinto in alto (e allora è difficile portarlo alla superficie), di essere attaccato all'omento (e se si ha fretta non si può staccarlo), di venire alla superficie più facilmente sulla linea mediana, che è quella che si dovrà seguire nei successivi interventi.

Il tempo trascorso fra colostomia ed estirpazione del cancro varia da 10-20 giorni a 3 mesi, secondo i casi.

Per la resezione del cancro l'A. ha seguito, quando gli è stato possibile, la tecnica standardizzata di Jameson e Dobson. L'anastomosi terminoterminale fu più usata della lateroterminale dopo l'escissione.

L'A. conclude dicendo che circa la metà dei casi giungono al chirurgo quando si può sperare in un'estirpazione radicale, che è necessario ricorrere ai raggi X in tutti i casi di « dispepsia » per svelare l'eventuale natura tumorale, che parecchi casi non possono essere operati radicalmente per la diffusione secondaria del tumore, che la colo-

stomia preliminare è una precauzione saggia anche se non c'è ostruzione e che dopo la colostomia possono decorrere settimane e mesi prima della resezione.

R. LUSENA.

Sulla sintomatologia dell'ulcera della piccola curva.

(BUFALINI e MIROLLI. *La Riforma Medica*, n. 7, 1929).

Gli AA. richiamano la variabilità di sintomatologia dell'ulcera della piccola curva quale non si osserva per ulcera gastrica a sede nelle vicinanze del piloro o per ulcera duodenale. È al Moyniham l'aver richiamato l'attenzione. Caratteristiche dell'ulcera duodenale in confronto di quella gastrica l'insorgenza tardiva del dolore e la remissione di questo per l'introduzione di quantità anche piccole di alimento.

Su questi dati gli AA. hanno constatato come, sia col reperto radiologico ed operatorio in ispecie, questi dati non corrispondessero affatto in un buon numero di casi. Su tale affermazione apportano un contributo di 67 casi operati di resezione nella Clinica del Taddei di Pisa. Descrivono la diversa sede, suddividendo le loro osservazioni in 3 gruppi: uno comprendente ulcera a sede nettamente gastrica; uno situato a destra del piloro (duodenali); ed un terzo di dubbia localizzazione (parapiloriche). Delle 67 osservazioni, 30 sono a sede gastrica, 33 duodenali, 4 parapiloriche. Sull'insorgenza dolorosa in rapporto all'introduzione degli alimenti hanno avuto: su 30 osservazioni di ulcera gastrica un intervallo da mezz'ora ad un'ora in 10 casi; da 2 a 3 ore in 13; da 4 a 6 ore in 7. Su 33 osservazioni di ulcera duodenale un intervallo da mezz'ora a un'ora in 4 osservazioni; da 2 a 3 ore in 16; da 4-6 in 12; in un solo caso mancava la sintomatologia dolorosa. Su 4 osservazioni di ulcera a sede parapilorica, in un caso prevalgono i dolori a digiuno; in un altro si ha una sintomatologia dolorosa continua; negli altri due dolore a 3-4 ore dai pasti.

È dei primi 2 gruppi che gli AA. s'interessano. Nel gruppo delle ulcere gastriche la sede esatta della lesione è 8 volte in vicinanza del piloro e 22 volte sulla piccola curva, nella parte alta; e riguardo al tempo di insorgenza dei dolori, le ulcere vicino al piloro appartengono tutte ai casi nei quali il dolore è insorto a breve intervallo dai pasti; mentre le osservazioni nelle quali i dolori insorgevano molto tardivamente appartengono tutte ai casi di ulcera a sede alta.

Richiamano gli AA., sul quadro dell'ulcera gastrica che si avvicina a quello dell'ulcera duodenale, quanto l'Alessandri ebbe a rilevare, in un suo recente studio, come « spesso il trovare l'ulcera con sede sulla piccola curvatura è un reperto operatorio mentre si pensava ad un'ulcera pilorica ed anche duodenale ». Nel caso particolare dell'ulcera della piccola curva gli AA. non hanno alcun elemento per una qualsiasi interpretazione della tardiva insorgenza del dolore.

Dalla pura constatazione clinica, secondo l'Alessandri, mentre nell'ulcera duodenale prevale in genere l'iperacidità ed ipercloridria, nell'ulcera gastrica e specie in quella lontana dal piloro l'ipoacidità e l'ipocloridria fino anche all'anacloridria. Assai scarsa è l'interpretazione sostenuta da Mathieu dei fatti dolorosi come dipendenti da un fattore meccanico (attrito dei cibi ingeriti): dolore tanto più precoce quanto più l'ulcera è situata verso il cardias, e tanto più tardivo quanto più a sede verso il duodeno.

A. CIOFFI.

Risultati immediati e tardivi della resezione gastrica per cancro dello stomaco.

(FINSTERER. *Mediz. Klin.*, 6, 1929).

Il cancro dello stomaco è trattabile solo chirurgicamente; non esistono che rare controindicazioni all'intervento; nè malattie del polmone e del cuore, nè tarda età, nè l'invasione del processo in organi vicini possono considerarsi come tali.

Quando il cancro è limitato allo stomaco i risultati operatori — evitando l'anestesia generale — sono relativamente buoni; sopratutto nei vecchi occorrono speciali attenzioni (espettorazione spesso, ecc.) per evitare complicazioni polmonari; quando gli organi vicini sono invasi, la morte è frequente (per pancreatite, peritonite, ecc.); ad ogni modo — secondo l'A. — val sempre la pena di tentare.

Dato fondamentale e condizione *sine qua non* per il felice esito dell'intervento è l'asportazione di tutta la rete linfatica e delle glandole poste al disotto dell'angolo duodenale, sulla faccia anteriore del pancreas.

Il metodo operatorio seguìto dall'A. è quello di sezionare obliquamente lo stomaco, suturare il moncone e unirlo, per anastomosi terminolaterale, con la prima ansa del digiuno.

I risultati tardivi dipendono dal grado di estensione dell'infiltrazione linfatica: 33 % dei casi senza recidive dopo 5 anni.

Nei casi di ulcera-cancro, i risultati non sono migliori, sebbene si tratti in genere di processi precoci: 19 % dei casi senza recidive. La frequenza della degenerazione carcinomatosa dell'ulcera è alta, secondo l'A., e questo lo spinge a resecare precocemente ogni ulcera dello stomaco, prima che degeneri in cancro.

Concludendo l'intervento chirurgico è l'unico possibile nel cancro dello stomaco; la precocità dell'operazione e la totale asportazione dei linfatici ne accrescono notevolmente le probabilità di successo.

V. SERRA.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Leçons du Dimanche. Paris, Librairie Baillière, 1929.

Per ispirazione del prof. CARNOT, clinico de l'Hôtel Dieu, una serie di professori della Facoltà e di medici degli Ospedali di Parigi, hanno tenuto, alla domenica, delle conferenze su argomenti di clinica medica, di biologia e di terapia.

CARNOT stesso, e poi SAINTON, BENSAUDE, M. VILLARET, H. BENARD, A. BAUDOUIN, DIOCLÉS, TIFFENEAU, HALBRON, RATHERY, HARVIER, CHABROL sono gli autori delle singole conferenze.

È necessario ricordarli tutti, perchè ognuno rappresenta qualche cosa nel mondo medico odierno, e ha dato saggio di speciale competenza nella materia che qui tratta.

Gli argomenti scelti con criterio, assai svariati, ma tutti di importanza attuale e aggiornati nella trattazione con gli acquisti più moderni della esperienza clinica e della biologia.

Le peridestroviscериti infettive, le lipodistrofie, il ph e l'equilibrio acido-basico, le neuroinfezioni, i medicamenti diuretici, l'insulina, la tiroxina e la follicolina, la cura dell'angina di petto: ecco i più importanti argomenti qui trattati.

Notevole è anche il modo di svolgere la conferenza. Per quanto varia la materia e differente il conferenziere assai simile è, dirò così, il tono e il piano di svolgimento: non preambolo, non chiusa, non frasi d'effetto, non sforzi di ragionamento; ma esposizione ordinata, sistematica, semplice, chiara, convincente. L'esempio è degno d'imitazione.

I medici pratici leggeranno con profitto, senza sforzo e quindi con diletto questo piccolo volume di 272 pagine, in cui perfezioneranno la loro coltura ed esperienza su molti argomenti, pur dovendo fare su qualcuno, ad es., sul coma da insulina, qualche riserva.

V. ASCOLI.

G. PENSO. *I bagni di mare. Consigli di un medico.* Un vol. in-16° di 92 pag. Editrice « Salute e Igiene », Roma, 1929. Prezzo L. 5.

L'esodo cittadino verso le spiagge marine diventa in questa stagione frenetico. Si pensa che il mare fa sempre bene, che il sole (diventato di gran moda adesso) guarisca tutte le malattie e tutti corrono a tuffarsi e ad arrostirsi come possono, salvo poi ad averne, invece che vantaggio, dei disturbi.

Per ottenere dalla cura marina i migliori effetti ed evitare errori che possono comprometterne il risultato, ecco qui una buona guida in questo libro del dott. Penso, guida popolare e pratica, con pochi e semplici, ma utili consigli. Troviamo in essa accennate le indicazioni, le controindicazioni, trattate l'igiene alla spiaggia, le modalità da seguirsi per il bagno di mare, di sabbia, accenni al pronto soccorso, un elenco delle spiagge italiane, ecc.

Guida scritta per i profani e che fa parte di una buona collana di pubblicazioni di propaganda, ma che sarà utilmente consultata anche dal medico il quale, se non ha una coltura specifica in materia, si trova spesso imbarazzato di fronte a clienti che gli domandano consigli in proposito.

fil.

G. KLEMPERER e E. ROST. *Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre.* IV edizione. Un vol. in-8° di p. 944. J. Springer, ed. Berlin. Prezzo Mk. 67.40.

Questo volume, dovuto alla collaborazione di un clinico e di un farmacologo, dopo una parte introduttiva in cui considera le nozioni generali farmaceutiche (preparazione e forme di uso dei medicamenti) tratta di tutti i medicamenti usati, dando per ognuno la composizione chimica, i sinonimi, le indicazioni e controindicazioni, le azioni accessorie, riportando numerose ricette e tenendo conto dei dati forniti dalle farmacopee di tutto il mondo. Sono in seguito riportate tutte le leggi tedesche sui medicamenti; da ultimo, un indice terapeutico ed un ampio indice alfabetico.

Le indicazioni sono precise, chiare e concise, la consultazione rapida, comoda e completa. Il libro costituisce così una vera farmacopea universale e permette di conoscere rapidamente e con precisione tutto quanto vi è di essenziale a proposito di ogni medicamento.

Esso riesce inoltre di grande utilità per la lettura di opere e di periodici stranieri. Spesso vediamo che da questi le ricette vengono riportate di peso ed, anche quando non vi sono errori grossolani, raramente si tiene conto delle diversità di composizione e di preparazione, che danno anche differenze di azione. Così, p. es., la tintura di iodio in Italia viene preparata al 10 % e con il solo jodio, in Germania, invece, al 6.8-7 % e con lo joduro di potassio; la mucillagine di gomma arabica è preparata in alcuni paesi con 1 parte di gomma e 9 di acqua; in altre mettendovi parti uguali. Il volume di Klemperer e Rost impedisce errori di tal genere ponendo in raffronto le diverse farmacopee ed è, anche sotto tale punto di vista, consigliabile. *fil.*

STARKENSTEIN-ROST-POHL. *Toxikologie.* Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1929. Mk. 26,50.

I maestri della farmacologia di Praga, Berlino e Breslavia, in collaborazione hanno dato alle stampe questo trattato di 530 pagine, arricchito di 36 tavole e 26 figure.

Non è utile al solo farmacologo od al solo

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

studente, ma, direi, è più utile al medico, in specie al medico pratico in lotta continua con gli avvelenamenti più strani, più insospettati, ovvero più comuni ma non meno difficili a diagnosticare e curare. È interessante il fatto che abbenchè opera di farmacologi l'arida discussione chimica non ha nei singoli capitoli soffocata la profilassi, la diagnosi, la terapia e perfino l'anatomia patologica che sebbene succintamente vediamo intercalata nel posto dovuto.

Il maggior numero dei capitoli è dovuto allo Starkenstein: così lo studio della tossicologia in genere, gli avvelenamenti nella pratica medica, le condizioni per lo stabilirsi dell'avvelenamento (e cioè lo studio della dose, della solubilità, della eliminazione ecc.), così lo studio delle nozioni generiche degli avvelenamenti acuti, cronici, esogeni, endogeni, l'esposizione della terapia generale, causale, sintomatica, aspecifica, specifica ecc. Con l'aiuto del Pohl e del Rost sono stati tracciati i capitoli riguardanti la tossicologia speciale ove si parla dei veleni ad azione locale: gas, vapori, acidi, sali, metalli pesanti, leghe saline, alcaloidi, glicosidi ecc.; dei veleni per assorbimento: anorganici, alcaloidi, Ph, As, Zn, gas, vapori velenosi, veleni, organici, veleni del gruppo antracene, fenantrene, acridina, derivati purinici, saponine ecc. ecc.

Chiudono il libro un capitolo sui funghi velenosi, uno schema anatomo-patologico ed un utilissimo quadro sinottico dei sintomi.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 28 giugno 1929.

presiede il prof. V. ASCOLI, presidente.

Tumore (glio-sarcoma) del lobo frontale destro: asportazione, guarigione.

Prof. ALESSANDRI R. — L'O. presenta una malata della quale narra la storia clinica, che pone in rilievo preesistenti parestesie cefaliche e dolori di capo; ambliopia prima a d., poi anche a sinistra, che si trasforma in cecità bilaterale; accessi convulsivi epilettiformi qualche volta a tipo jaksoniano. La diagnosi fatta nella Clinica Neuropatologica è di tumore della parte media e inferiore del centro ovale del lobo frontale destro. L'O. prende occasione da questo caso per illustrare alcuni dati concernenti la tecnica operativa. Mostra delle pinze compressive fatte da lui costruire sul tipo di quelle di De Martel, ma con più larga presa e con curva che si adatta alla convessità del cranio. Si sofferma su quello che chiama il momento più delicato dell'operazione, cioè l'emostasi che precede la chiusura della breccia cranica e sostiene che il metodo preferibile, secondo la sua esperienza, è quella di colmare il cavo con pezzi di muscolo, che esercitano azione emostatica e impediscono la formazione di tessuto cicatriziale retraente. Presenta anche un altro paziente: operato da 11 anni, per status epilepticus conseguente grave ferita di guerra cranio-cerebrale e che è rimasto dopo l'intervento completamente immune da nuovi accessi convulsivi. Anche in questo operato l'emostasi era stata fatta con trapianto muscolare prelevato dal'esterno della coscia destra.

Segue la discussione sulla comunicazione. BAGLIONI chiede schiarimenti sulle amaurosi e queste vengono fornite da AYALA che ha seguìto e studiato l'ammalata durante la sua degenza nella Clinica Neuropatologica. Egli fa dipendere l'amaurosi dalla ipertensione intracranica; prende l'occasione per sostenere con calore la necessità dell'intervento precoce, cioè appena si riconosce la presenza di papille da stasi.

Di un caso di ipertensione climaterica trattato con la surrenectomia unilaterale.

Prof. GALATÀ S. — Di un caso di ipertensione climaterica grave trattato con la surrenectomia unilaterale l'O. espone le ragioni che lo hanno indotto a tentare la surrenectomia unilaterale in una donna di 56 anni, in periodo critico, fortemente e irreducibilmente ipertesa. L'atto operatorio è stato eseguito dal prof. Antonucci. Queste ragioni sono: la patogenesi della sindrome, imputabile ad ipofunzione surrenalica; l'inefficacia quasi assoluta di altre cure tentate; l'analogia con la tiroidectomia parziale nel morbo di Flajani-Basedow; lo scarso pericolo dell'operazione finora eseguita per l'arterite obliterante giovanile; il grave pericolo dell'emorragia cerebrale incombente in causa della pressione sistolica. Riferisce quindi i risultati ottenuti a più di due mesi dall'operazione. I disturbi subbiettivi, che duravano da sette anni, sono quasi totalmente scomparsi; la faces congesta è tornata normale; la pressione sistolica dalla cifra altissima di 30,5 (media delle sue omerali al Pachon), è caduta a 21 nei primi tre giorni dall'operazione, ed a tale ragione si è stabilizzata fino ad ora. L'O. si riserva di riferire i risultati lontani di questo intervento operatorio.

Ricerche sulla tossicità del contenuto intestinale nelle occlusioni acute basse del tenue.

Dott. VALDONI P. — Da esperimenti eseguiti sui conigli, l'O. conclude che il contenuto enterico di un animale occluso non è tossico per un animale sano della stessa specie. Anche l'iniezione endovenosa o endointestinale in un animale all'atto dell'occlusione, abbrevia di poco la sopravvivenza dell'animale occluso. La sopravvivenza viene ridotta se l'iniezione di contenuto enterico di occluso viene fatta 24 ore dopo l'occlusione.

L'O. ritiene che nelle occlusioni basse del tenue la causa della morte non sia ascrivibile esclusivamente a sostanze che si formano nell'intestino occluso.

Osservazioni cliniche sulla glicemia nei diabetici e sull'importanza del coefficente renale.

Prof. SILVESTRI S. — L'O. riassume, desumendoli dall'analisi di varie centinaia di pazienti diligentemente studiati, molte conclusioni di ordine prognostico e terapeutico, specialmente in rapporto con la cura insulinica.

Il prof. DIONISI elogia la completezza della relazione.

Il Vice-Segretario: ALMAGIÀ.

Seduta del 13 luglio 1929.

Presiede il Prof. P. ASCOLI, presidente.

La misura della pressione venosa bilaterale, metodo d'indagine delle affezioni del mediastino.

SERRA V. — L'O. descrive le grafiche ottenute adoperando il metodo diretto, con l'apparecchio di Claude, sia nelle affezioni dell'apparato respiratorio, con partecipazione o non del mediastino, sia negli aneurismi che nelle aortiti. In alcune di queste malattie la differenza della pressione, misurata bilateralmente, è evidente anche prima che siano manifesti i disturbi del circolo. Conclude rilevando la opportunità per la clinica di utilizzare questa misurazione bilaterale.

Il prof. CIPOLLONE chiede schiarimenti sulla tecnica.

Sui miceti del naso e della gola in condizioni normali e patologiche.

MOTTA R. — L'O. espone i risultati di una numerosa serie di ricerche tendenti a riconoscere le specie dei miceti che normalmente e patologicamente si riscontrano nella cavità nasale e nella gola. Confronta le specie più comunemente coltivabili dall'ambiente esterno con quelle ospiti del naso e della gola e raffronta quelle che normalmente e patologicamente si riscontrano o nel naso o nella gola, o in tutte e due le sedi. Dimostra con proiezioni le varie specie isolate.

Leishmaniosi in uomo di 52 anni contratta in Abruzzo.

PONTANO T. — L'O. espone l'interessante caso clinico di un uomo malato da lungo tempo con sindrome rappresentata da notevole epatosplenomegalia, febbre, aspetto anemico e che era stato precedentemente trattato come malarico e poi, anche sulla base di una R. W. positiva, come luetico. Le due cure specifiche avevano temporaneamente influito sul sintoma febbrile, ma non sulla epatosplenomegalia e su lo stato generale.

L'O., dopo aver eseguito l'esame del sangue, che con le note di anemia secondaria, poneva già in evidenza notevolissima leucopenia con formula leucocitaria invertita a tipo mononucleare linfocitario, ebbe il sospetto della infezione da Leishmaniosi. La puntura della milza fatta a scopo diagnostico confortò il sospetto. La cultura dei parassiti li dimostrò, dal punto di vista morfologico, simili a quelli della Leishmania infantum, così come dal punto di vista clinico è alla leihsmaniosi infantile che va ascritto questo caso concernente un uomo di 52 anni. L'O. discute se le tre speciali leishmaniosi patogene per l'uomo siano da considerarsi come diverse tra loro e propende per la tendenza unicista. Trattando della cura dice dei buoni risultati ottenuti dal tartaro stilicato puro somministrato per via intravenosa ad alti dosi.

Il prof. ALMAGIÀ ritiene che piuttosto che considerare le diverse sindromi determinate dalle tre leishmanie patogene come espressione di casuali localizzazioni di un'unica leishmaniosi, si debba, a simiglianza di ciò che si fa per la sifilide, pensare a *tropismi* diversi per le tre varietà.

Il prof. PONTANO si associa.

Problemi immunitari nella riproduzione sperimentale della Dengue.

PONTANO T. — Da una serie di esperienze fatte con trasmissione della malattia mediante l'iniezione di sangue, l'O. trae una serie di conclusioni interessanti specialmente il problema immunitario. Dal 7° all'8° giorno di malattia, cioè quando cade la febbre, si stabilisce immunità completa. Qualunque dose di virus inoculata dopo questo periodo, rimane sempre con esito negativo.

Il siero di convalescente aggiunto a siero di malato in atto, dopo breve contatto alla stufa, lo rende inadatto a riprodurne la malattia. L'O. è d'opinione che tutti gl'individui siano da ritenere recettivi verso la malattia. Si sofferma quindi a considerare le forme atipiche e le difficoltà di poterle diagnosticare.

Contributo alla conoscenza della meccanica respiratoria. I disordini del movimento della parete toracica nei pneumotoracizzati con spostamento del mediastino.

MONALDI V. e SALVATORI G. B. — Gli OO. espongono i risultati di ricerche grafiche e radiologiche praticate nell'Ospizio Umberto I, per tubercolosi, su 24 portatori di pnt. con spostamento controlaterale del mediastino, e mettono in rilievo che per effetto dello spostamento del mediastino si hanno disordini nel movimento respiratorio toracico, che nel lato sano si manifestano con limitazione del movimento stesso e talora con irregolarità nell'andamento delle fasi, e nel lato sottoposto a pnt. con movimento quasi sempre esagerato.

La sede di elezione dei predetti disordini sono le regioni anteriori e laterali basali e a livello di ernie mediastiniche superiori.

Gli OO. illustrano con proiezioni alcune radiografie e alcune grafiche dimostrative.

Il Vice-Segretario: ALMAGIÀ.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 26 aprile 1929 - VII.

Presidenza: Prof. DIONISIO.

Saggio comparativo del potere agglutinante di liquido di bolla e siero di sangue.

Prof. BERNUCCI F. — Il liquido di bolla ha quasi costantemente dimostrato un potere agglutinante assai elevato e più notevole del siero di sangue del medesimo individuo.

Nei soggetti invece presi per controllo, ed immuni da manifestazioni da piogeni il siero di bolla ha dato in genere agglutinazioni assai notevoli e spesso il siero di sangue ha dato agglutinazioni a tassi più elevati del siero di bolla.

Questi risultati portano a pensare che esista una immunità locale, tissurale, indipendenti dai poteri generali di difesa dell'organismo.

Sulla reazione di Wassermann e Meinicke nell'ulcera molle.

Dott. E. VERCELLINO. — L'O. ha praticato sistematicamente la reazione di W. e la M. T. R. sul siero di sangue dei portatori di ulcera molle e sul liquido di bolla ottenuto col cerotto cantaridato. Su 16 casi di ulceri molli la R. W. e la

Meinike diedero sempre risultato negativo. Sospettando che tali risultati negativi dovessero riferirsi non già ad una mancata produzione di reazione, bensì ad una forte diluizione di esse nel torrente circolatorio, l'O. portò le sue ricerche su undici malati impiegando la sierosità ottenuta con una coppetta aspiratoria dall'ulcera stessa. Il risultato ottenuto è stato il seguente: mentre la R. W. si mantenne sempre negativa la M. T. R. fu nettamente positiva in 4, debolmente in 2, negativa negli altri 5.

Confermate l'ipotesi che possono esistere delle reagine prodotte in loco, l'O. eseguì ulteriori ricerche dirette a stimolare l'organismo di portatori di ulceri molli alla produzione di reagine in quantità rilevabili nel siero di sangue, sottoponendo otto malati ad iniezioni intramuscolari di vaccino antistreptobacillare Dmlecos. I risultati ottenuti confermano le previsioni ed infatti due dopo la prima, quattro dopo la seconda, uno dopo la terza iniezione dettero la M. T. R. leggermente positiva, mentre la R. W. si mantenne sempre negativa.

Invece la R. W. e la Meinike eseguite su 4 individui sani hanno dato esito negativo.

Seduta del 17 maggio 1929.

Tentativi di riproduzione sperimentale dei "Noduli di Gamna,,.

Prof. G. M. FASIANI e dott. OSELLADORE. — Gli OO. in base a un reperto di tessuto splenico nella vaginale del testicolo dimostrano che i cosidetti corpuscoli di Gamna possono comparire nel tessuto splenico anche all'infuori di qualsiasi tendenza di questo all'ipertrofia, anzi con tendenza immediata alla involuzione ed alla sclerosi, per cui questa osservazione poteva appoggiare l'ipotesi che i noduli di Gamna fossero prodotti da un processo di degenerazione pigmentaria e non di origine micotica e che la necrobiosi fosse stata cagionata da disturbi della circolazione nei noduli, mobili nelle cavità vaginali ed appesi ad un esile peduncolo vascolare che poteva facilmente essere stirato o torto.

Gli OO. hanno tentato con vari mezzi di produrre i noduli di Gamna sul cane, coniglio, cavia, ratto e gatto. In quest'ultimo animale produssero iperemia passiva nella milza fissando l'organo stirato e torto di 180-360° alle pareti addominali o legando i venosi all'ilo del viscere o applicando un laccio di seta ad un polo dell'organo; in una seconda serie di ricerche iniettarono piccole quantità di alcool assoluto nel parenchima della milza; in una terza serie associarono i due predetti trattamenti; in una quarta serie irradiarono con forti dosi di raggi X la milza per avere delle alterazioni regressive del parenchima splenico.

Gli animali che non morirono furono sacrificati dopo 1-2 mesi dal trattamento. In due animali della terza serie, gli OO. hanno trovato delle lesioni che presentavano i caratteri dei focolai siderotici, fondamentalmente simili ai noduli di Gamna per cui essi credono di poter affermare che in determinate circostanze, attraverso processi di necrobiosi del tessuto splenico, sperimentalmente prodotti, si giunga alla formazione di focolai siderotici, nei quali sono presenti le forme bastoncellulari descritte da Gamna e dagli AA. Francesi e su la cui natura è viva la discussione.

Ricostruzione del tetto cotiloideo in un caso di coxa-plana subluxans.

Prof. QUARELLA. — L'O. presenta una p. di 41 anni operata circa 14 mesi prima di ricostruzione del tetto cotiloideo. La donna da tempo soffriva dolori all'anca sin., che si erano aggravati al punto da impedirle la deambulazione. Si ottenne anca stabile indolente; il metodo seguito fu quello del Lance.

Dott. POLACCO E. — L'O. ha studiato la formazione del callo osseo in un osso fratturato in ratti obbligati alla corsa sul tappeto girante a moderata velocità per tre quarti d'ora ogni giorno in confronto con altri tenuti in riposo.

Il reperto radiografico dal tredicesimo giorno in poi mostra nella linea di frattura ed alle estremità dei monconi una opacità un po' maggiore negli animali che hanno lavorato che in quelle che sono stati a riposo.

L'esame della motilità eseguita sulle ossa spogliate delle parti molli, corrisponde al reperto radiografico in quanto che prova che il callo degli animali che hanno corso è assai più solido di quelli di controllo. Con tutti e due questi risultati collima quello dell'esame istologico, il quale dimostra come fatto essenziale la maggiore maturità del callo negli animali che hanno lavorato.

Il Segretario: VILLATA.

Associazione Medica Triestina.

XXII adunanza scientifica del 12 aprile 1929.

Presidente: Dott. A. COFLER.

Ulcere tubercolari.

Prof. FREUND. — Presenta un caso che offre molte difficoltà diagnostico-differenziali. La paziente, d'anni 18, presenta agli arti inferiori delle ulcerazioni profonde, a margini scavati a picco, RW. negativa. L'ammalata presenta anche una cheratite. L'O. è del parere che si tratti di ulcere tubercolari su fondo di perniosi.

Prof. RIMINI. — Propone la puntura lombare per stabilire se eventualmente si tratti di lue; tanto più che la puntura lombare è praticata su vasta scala dai neurologhi e non presenta inconvenienti.

Dott. ITALO LEVI. — Crede che in un caso simile sia vantaggiosa per la paziente una cura antiluetica; egli ha osservato ultimamente due casi consimili trattati con varie cure e guariti con cura antiluetica. (Si trattava di eredolue).

Dott. MANN. — Riferisce che il caso da lui presentato nella seduta precedente è stato operato dal collega Oliani. Si ebbe la conferma che la tumefazione apparteneva all'intestino, che non si trattava di un processo flogistico e nemmeno neoplastico, che la causa era da imputarsi ad un difetto di posizione, però non ad una invaginazione, bensì ad un enorme megasigma congenito.

Dott. FERRARI. — Presenta un caso di atresia congenita dell'intestino alla plica duodeno-digiunale in un neonato che ha vissuto due giorni. Lo stomaco ed il duodeno erano enormemente dilatati, quest'ultimo a cul di sacco. Tutto l'intestino digiuno ed ileo era ridotto a un muscolo convoluto di cordoncini sottilissimi, parte solidi, parti aventi un lume ristrettissimo. Il crasso pure ridotto allo spessore di un sottile manico di penna. L'apertura anale era pervia.

Gli organi di un neonato vissuto pure alcuni giorni, presentava le seguenti anomalie congenite: un bitorzoletto carnoso del volume di un pisello all'angolo destro della bocca, un piede equinovaro destro, un difetto del setto membranoso dei ventricoli del cuore, la persistenza del dotto di Botallo, un cordoncino trasversale nel tronco dell'arteria polmonare, delle escrescenze piccole sulle valvole polmonari, uno sdoppiamento dell'uretere destro, un utero bicorne.

Asurrenalismo acuto e tossicosi grave del lattante.

Prof. V. TRIPPUTI. — Sulla base del concetto etiopatogenetico sostenuto dai dott. Cristina e Maggiore l'O. ha avuto occasione, nella R. Clinica Pediatrica dell'Università di Bari e in pratica privata, di curare con esito favorevole circa 70 casi di tossicosi grave del lattante, praticando ipodermoclisi giornaliere di soluzione di Ringer di 25-100 cmc. con aggiunta di cloridato di adrenalina (1-1 1/2 milligrammo).

L'efficacia terapeutica del metodo, rilevatosi evidente in un numero rilevante di casi, la facile modalità di somministrazione dell'adrenalina che non ha mai dato luogo ad inconvenienti di sorta lo inducono a raccomandare il sistema curativo, che non esclude la terapia generale e dietetica nota.

Sulla glossoptosi.

Dott. ZANIER. — Studiando la nota più saliente della malattia, cioè lo stato ptosico generalizzato, il relatore è inclinato a scorgere, un rapporto fra la glossoptosi e l'astenia universalis congenita di Stiller, in cui le ptosi viscerali multiple dominano il quadro clinico.

Dopo aver fatto qualche considerazione sulla frequenza, si indugia a parlare della diagnosi e della cura, rilevando l'importanza del trattamento preventivo durante il primo anno di vita coll'alimentazione ortostatica che è già stata coronata da successo nella cura dell'aerofagia e dell'anoressia.

Il Segretario: E. RONCALLI.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 30 maggio 1929.

Un caso di ascesso sub-frenico posteriore.

B. MAGALDI. — L'O. riferisce un importante caso di ascesso sub-frenico posteriore, diagnosticato tale solamente all'atto operativo — eseguito dal prof. Jannelli — chè mentre i dati anamnestici facevano propendere per una colecistite calcolosa suppurata, d'altra parte, i dati semeiologici, che avevano fatto pensare, in primo tempo, ad una idro-pionefrosi — esclusa dopo il cateterismo ureterale — erano tutti per una raccolta ascessuale perirenale.

Invece, operando per via lombare, si riscontrò che la raccolta purulenta, dovuta al colibacillo, originatasi fra le due pagine del legamento coronario del fegato, era venuta ad estrinsecarsi verso il legamento transverso-costale di Henle e verso il polo superiore della capsula perinale destra ed aveva sospinto in basso e medialmente il rene, che appunto perciò si palpava ed era relativamente dolente.

Il decorso post-operatorio fu ottimo e la paziente completamente guarita, è ritornata in questi giorni alla pace della sua famiglia.

Contributo allo studio degli innesti ovarici.

Dott. ROSSI. — La più appassionante delle questioni che si ricollegano al problema degli innesti è quella che riguarda l'attecchimento del tessuto trapiantato. È certo che un gran numero d'innesti va fatalmente incontro alla necrosi e al riassorbimento. Sulle cause di questo mancato attecchimento sono state formulate molte ipotesi e numerose ricerche sono state istituite per lumeggiare questo problema che rimane tuttora complicato ed oscuro.

Partendo dal concetto che il riassorbimento degl'innesti costituisca l'espressione d'una difesa dell'organismo contro l'introduzione di sostanze eterogenee e che, in questo meccanismo di difesa, il sistema reticolo-endoteliale, apparato difensivo tra i principali dell'economia, giochi una parte preponderante, l'O. ha istituito una serie di ricerche che si propongono di studiare i rapporti tra sistema reticolo-endoteliale e innesti ovarici.

In una serie di undici animali l'O. ha praticato auto, omo ed etero-innesti ovarici e poi, fin dal primo giorno dell'innesto ha iniziato il cosiddetto blocco del sistema reticolo-endoteliale, nella presunzione teorica d'impegnare i meccanismi del sistema, contro l'invasione della sostanza colorante per distoglierli, così, dall'attacco verso il tessuto ovarico innestato. Sopra undici casi di animali innestati con tessuto ovarico e trattati col blocco del sistema reticolo endoteliale, non ha mai constatato l'attecchimento dell'innesto. Ciò dimostra che, malgrado presupposizioni teoriche, il blocco del Sist. R. E., non impedisce la necrosi e il riassorbimento degl'innesti ovarici, anzi pare che li favorisca.

D'altra parte, il reperto istologico di elementi del sistema reticolo endoteliale che, carichi di granuli di tripanblau, si avanzano nel tessuto innestato necrotico per esercitarvi la loro azione disgregatrice e fagocitaria, dimostra che un blocco, nel senso d'una paralisi funzionale del sistema, non esiste.

Le anastomosi orchi-deferenziali.

V. DI FABIO. — I risultati delle anastomosi orchi-deferenziali dipendono:

1) *dalla perfetta integrità della funzione della spermatogenesi.* Quando l'occlusione data da molto tempo, produce la degenerazione delle cellule del Sertoli, e la mancata trasformazione degli elementi spermatici in spermatozoidi. Di ciò bisogna assicurarsi con l'esame microscopico praticato prima dell'operazione;

2) *dalla permeabilità del deferente.* Il processo può svolgersi nelle pareti del deferente producendo quivi l'obliterazione. Si possono adoperare i mezzi radiologici. Ma il più pratico è il cateterismo del deferente;

3) *dalla tecnica perfetta.* Essa comprende:

a) l'asepsi rigorosissima. Il più lieve processo infiammatorio compromette l'esito dell'operazione;

b) la possibilità di utilizzare la testa dell'epididimo, ove la rete testis dà maggiori pro-

babilità di ripresa della canalizzazione. Quando ciò non è possibile, si tenterà con minori probabilità di riuscita, di introdurre il deferente in una breccia praticata sul corpo d'Higmoro;

c) il moncone deferenziale deve essere aperto in duplice valva, ognuna delle quali verrà fissata con un punto ad U alle pareti dell'epididimo e all'albuginea del testicolo.

Di un sintoma speciale riscontrato in 3 casi di gastro-digiunostomia.

E. VITALE e G. MILONE. — Gli OO. illustrano tre casi clinici personali di gastrodigiunostomizzati nei quali si ebbe un singhiozzo squassante il giorno dopo l'atto operativo. Essi furono cloroformizzati ed in tutti e tre furono constatati reperti normali all'esame di urina prima della operazione e dopo. Fanno risaltare la poca frequenza del fenomeno sia attraverso le loro statistiche personali sia allo studio della bibliografia. Dopo aver parlato della fisiopatologia di questo sintoma gli OO. enumerano tutte le cause finora studiate per la spiegazione del singhiozzo, ma non la trovano nei loro casi, non potendo essere attribuita nè a fatti peritoneali perchè troppo precoce ed anche perchè i tre infermi ebbero un decorso dei più normali con guarigione perfetta, nè a fatti dipendenti da insufficienza renale e tanto meno a postumi cloroformici, essendo tale fenomeno comparso a troppo lunga distanza dalla narcosi.

Discutono dell'acidosi del Pouchet e della ipercloridia dalla quale quasi tutti i gastropatici per stenosi ed ulcera sono affetti, ma il quadro dell'acidosi e dell'ipercloridia nei loro infermi era anche da scartarsi. Sono dell'opinione che il singhiozzo prematuro in questa specie di operati sia dovuto a stimolo delle ramificazioni gastriche del vago incise e quindi imbrigliate nella breccia chirurgica con consecutivo spasmo riflesso del diaframma. In tal caso consigliano di usare gli antispasmodici e sopratutto la morfina, che hanno usato con successo.

F. BUONOMO LA ROSSA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 1° febbraio 1929.

Presiede il prof. BERTINO, presidente

Aspetto fisico del sangue.

Prof. V. DUCCESCHI. — Quando il sangue, reso incoagulabile, sia diluito al 3-5 % con soluzioni isotoniche e sia conservato in condizioni opportune, la sospensione degli eritrociti presenta talvolta il fenomeno della sedimentazione stratificata (o ritmica o discontinua, come può anche indicarsi). Non è possibile ancora enunciare una spiegazione di questo singolare aspetto fisico del sangue.

Un caso di lebbra autoctona nel Padovano.

Prof. M. TRUFFI. — L'O. presenta un caso di lebbra. L'interesse del caso esposto deriva dalla circostanza che esso è (esclusi i casi di Comacchio) il primo dei casi del Veneto nel quale non si possa dimostrare un'origine americana.

L'O. conclude che con troppo ottimismo si vuol credere che la lebbra importata offra scarso pericolo di contagio; troppo si ignora ancora della epidemiologia della lebbra per escludere un pericolo. Raccomanda quindi la massima energia nelle misure che si impongono contro la lebbra. Una sopra tutto, la più importante: l'isolamento dei malati in appositi ricoveri e non dubita che il governo fascista, voglia anche in questo campo, prendere quei provvedimenti che si mostrano necessari per liberare il paese da una piaga vergognosa per la civiltà nostra.

Applicazioni spinali di raggi Röntgen nei lebbrosi e nei tabetici.

Dott. G. TRUFFI. — L'O. applica per la prima volta il trattamento spinale con raggi X ai lebbrosi e vede scomparire i dolori analogamente a quello che succede in molte altre forme in cui lo stesso trattamento è stato usato (per es. la tabe su cui pure l'O. porta un contributo).

Ritiene che questo effetto analgesico dei raggi X sia legato ad una azione sul simpatico, giacchè si determinano vaso dilatazione e gli stessi effetti terapeutici prodotti dalla simpatectomia e dalla anestesia paravertebrale. Per queste ragioni crede che i raggi debbano trovare più estesi campi di applicazione.

LUISADA. — Riferisce di ricerche eseguite nella Clinica del prof. Vaquez su ammalati anginosi ed aortitici in cui erano eseguite applicazioni di raggi ultrarossi al dorso. In questi al lato della scomparsa o della attenuazione del dolore, si vedeva dopo alcune ore dall'applicazione, nei capillari, unguenali iperemia periferica, aumento nel numero dei capillari visibili, abbassamento della pressione arteriosa e capillare. Ritiene che sarebbe interessante vedere se raggi di così diversa lunghezza d'onda come l'ultravioletti e i raggi X, hanno lo stesso effetto sul circolo periferico, e se lo hanno, se per lo stesso meccanismo o per azione su organi diversi.

CLAUSER. — A proposito delle modificazioni dei capillari della pressione sanguigna consecutiva a irradiazioni Röntgen, ricorda che nelle ricerche praticate in donne irradiate per cancro dell'utero ha osservato costantemente dilatazione dei capillari, rallentamento della corrente circolatoria e abbassamento della pressione sanguigna. Tali modificazioni sono state osservate anche in territori lontani dalle zone irradiate.

PESERICO. — Stimoli di varia natura applicati alla pelle possono secondo Lewis determinare una azione generale nel senso di un abbassamento della pressione e di una vasodilatazione assai evidenti a carico dei vasi superficiali della pelle. Lewis interpreta l'effetto di questi stimoli come dovuta liberazione dalla pelle di una sostanza simile alla istamina.

TRUFFI G. — Anche raggi X molto molli quali per es. quelli ottenuti da tubi a gas, danno in alcune condizioni, azioni analoghe a quelle da lui osservate con raggi di lunghezza d'onda assai maggiore. Le azioni poi sviluppate da applicazioni di raggi tanto forti quali quelle che si praticano nel trattamento dei cancri uterini non possono essere paragonate a quelle assai lievi da lui fatte; ad ogni modo azioni generali possono manifestarsi anche con dosi basse.

Potassio-ione e azione del perclorato di sodio sui muscoli striati.

Dott. M. MESSINI. — L'aggiunta di piccolissime dosi di K Cl, inferiori anche alle dosi che sono considerate come eccitanti la contrattilità del muscolo, inibisce le contrazioni provocate dal *Na Cl O 4* sui muscoli striati di rana. Lavando il muscolo con soluzione fisiologica e mettendolo di nuovo poi a contatto con la soluzione di *Na Cl O 4* le contrazioni ricompaiono.

Il *Ca Cl 2* e il *Mg Cl 2* impediscono le contrazioni da *Na Cl O 4* solo a quelle dosi che sono riconosciute come deprimenti l'eccitabilità del muscolo.

In relazione alle moderne vedute sulla contrattilità muscolare e sulla importanza che in essa hanno i potassio-ioni e in relazione all'interpretazione che ha dato Sabbatani all'azione farmacologica dell'anione perclorico è possibile interpretare le contrazioni provocate dal preclorato di sodio sui muscoli come dovute alla diminuzione dell'attività di potassio-ioni. Appare sempre maggiore l'importanza che può assumere lo studio dell'azione biologica del *Na Cl O 4* in quanto esso può rappresentare un reattivo capace di turbare l'equilibrio ionico nei protoplasmi, diminuendo l'attività del ione potassio.

SCIMONE.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 2 maggio 1929 - VII.

Sul meccanismo di produzione delle variazioni delle reazioni capillari nasali in alcuni stati morbosi e in alcune condizioni sperimentali.

LUNEDEI A. — L'O. ricorda i fenomeni osservati negli ultimi anni dal Muck, di variazioni cioè delle reazioni dei capillari nasali alla stimolazione meccanica, che si osservano per le affezioni più diverse del segmento cefalico (ferite, meningite localizzata, tumori cerebrali, affezioni del labirinto, ecc.).

Ricorda i fenomeni analoghi che si osservano sulla cute e sostiene la tesi che le variazioni dei riflessi capillari nasali nelle affezioni su esposte hanno lo stesso significato delle variazioni delle reazioni dermografiche per affezioni del nevrasse.

Fa rilevare come i fenomeni osservati dal Muck siano un'ulteriore conferma della tesi dell'A. sostenuta, che le reazioni dermografiche siano dei riflessi vasomotori.

Sindrome di Cl. Bernard-Horner in seguito ad anestetizzazione del ganglio sfeno-palatino.

LUNEDEI A. — L'O. presenta un caso di sindrome di Bernard-Horner conseguente ad anestetizzazione del sistema sfeno-palatino e prospetta l'ipotesi che essa possa essere dovuta ad azione dell'anestetico su quelle vie vegetative d'origine simpatica a destinazione oculare che passano attraverso la cassa del timpano e raggiungono l'occhio attraverso il canale vidiano e la parte superiore della fossa pterigopalatina.

Isolamento e purificazione dell'ergosterina.

CAPPELLI Prof. GIUSEPPE. — È noto che le fitosterine sono diffuse e dissimili. Gérard ha ottenuto da diverse famiglie di crittogame, di funghi e di licheni, alcune fitosterine le quali sono ben distinte dalla fitosterine dei vegetali superiori e dalla colesterina animale. Gérard dice che esse si avvicinano, per le loro speciali caratteristiche, all'ergosterina di Tanret, anzi qualcuna è identica a quest'ultima. Ciò induce il Gérard a ritenere che le sterine esistenti nei vegetali inferiori appartengono tutte ad un gruppo speciale e cioè al gruppo dell'ergosterina. Ricerche di vari AA. avrebbero confermata, secondo Tanret, la generalizzazione del Gérard. Per il fatto, poi, che queste sostanze hanno poteri rotatori differenti, Tanret fa la separazione dell'ergosterina dalla fungisterina, estratte dalla segala cornuta, partendo dal miscuglio delle due esterine che ha $[\alpha]_D = 114°$. Egli separa la sostanza avente $[\alpha]_D = 126°$ che è l'ergosterina pura (Tanret) e la sostanza che ha $[\alpha]_D = 22,4°$ che è la fungisterina (Tanret). Tuttavia René Fabre e Henri Simonnet in un recente studio comparativo del valore del saggio biologico e del saggio fisico dell'ergosterina irradiata, osservano che le sterine irradiate sono prodotti sempre costituiti da miscugli complessi. Il Cappelli propone, perciò, che mentre l'isolamento globale delle sterine dalla segale cornuta può essere fatto coi metodi consueti, dall'insaponificabile, la purificazione, invece, dell'ergosterina sia fatta diversamente da quanto indica Tanret.

Secondo il Cappelli la separazione dell'ergosterina dalla fungisterina può essere fatta mediante il controllo microscopico delle cristallizzazioni frazionate fino a giungere a campi microscopici presentanti la sola norma cristallina caratteristica dell'ergosterina o della fungisterina, forme che egli, per primo, presenta e descrive con una serie di fotomicrografie che vanno dal miscuglio greggio delle due sterine a tutti i passaggi fino alle due sterine isolate e pure. Il Cappelli indica che l'ergosterina e la fungisterina sono estremamente avvinte una sull'altra così che per separarle, partendo dalla segale cornuta, occorre cristallizzarle frazionatamente moltissime volte, da solventi anidri. Dall'etere, l'ergosterina pura cristallizza in magnifiche stelle e la fungisterina in forme cristalline che ricordano i funghi volgarmente detti manine (Clavaria flava). Il controllo microscopico delle cristallizzazioni frazionate, proposto dal Cappelli, ha il vantaggio di essere un metodo di osservazione diretta del grado di purezza delle sterine di cui trattasi, mentre la purificazione basata sul potere rotatorio o di assorbimento, ha il difetto di essere un metodo analitico indiretto, ed influenzato da tanti altri fattori estranei alle sterine.

Sembra infine probabile al Cappelli che gl'insuccessi, e i gravi inconvenienti, causa talora di morte, dovuti alla terapia antirachitica mediante specialità medicinali dichiarate a base di ergosterina irradiata possano essere dovuti alla imperfetta depurazione dell'ergosterina, o a sostanze tossiche prodottesi dai solventi usati per sottoporre l'ergosterina all'irradiazione ultravioletta, o alla fungisterina e altre sostanze derivanti dalla segale cornuta. A questo riguardo il Cappelli osserva che le sostanze come l'ergosterina (provitamina D antirachitica) e l'ergosterina irradiata (vitamina D antirachitica) provviste di energiche azioni famacologiche non debbano formare oggetto di commercio come specialità farmaceutiche, fino a quando la collaborazione scientifica

della Scienza ufficiale: chimica, fisiologica, farmacologica, clinica, ne abbiano fissate esattamente le proprietà e indicato l'uso e la dose come medicamenti. Può sembrare che questa via sia troppo lunga, ma l'esperienza dimostra il contrario proprio nei riguardi dell'ergosterina irradiata. Infatti i gravi inconvenienti descritti da alcuni AA. in seguito all'uso di specialità a base di ergosterina irradiata hanno purtroppo determinato giustificati allarmi e timori che sono la causa del ritardo all'esatta conoscenza del valore di questa sostanza come farmaco.

P. M. N.

Società di Cultura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 26 aprile 1929.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Circa la malattia di "Brill,,

Prof. dott. LEONE SESTINI. — L'O. prende occasione da recenti pubblicazioni per illustrare una entità morbosa, che, dopo essere stata rilevata all'estero, specialmente nell'America del Nord, dove è stata descritta dal « Brill » (da cui ha preso il nome), è stata osservata anche in Europa e di recente in Italia.

A proposito di un raro caso di nefrite ematurica bilaterale in gravidanza.

Dott. TITO LUCRI. — Descrive un caso raro di nefrite ematurica bilaterale in una giovane donna di 26 anni, ematuria che cominciò a manifestarsi in quindicesima giornata di gravidanza, e andò progressivamente aumentando di intensità sino al quarto mese, ribelle a tutti i trattamenti medici messi in opera per arrestarla e di tale imponenza da anemizzare profondamente la donna e da richiedere l'interruzione terapeutica della gravidanza stessa.

Dopo un mese dall'aborto terapeutico ogni manifestazione renale era completamente sparita ed insiste sulla necessità assoluta di dovere interrompere la gravidanza per porre un termine alle emorragie altrimenti infrenabili.

Qualche considerazione a proposito dell'ematuria nei papillomi della vescica.

Dott. TITO LUCRI. — Riferisce su tre casi di papillomi della vescica da lui osservati che duravano da parecchi anni, avevano già raggiunto un volume rispettabile e dato luogo a parecchie piccole riproduzioni e che solo si erano manifestati saltuariamente con delle piccole ematurie insignificanti ed iniziali per lunghi anni, pure in considerazione che erano ubicati topograficamente in regioni (parete laterali e apice della vescica) lontane dal collo vescicale.

Intervento d'urgenza per minacciosa compressione tracheale da gozzo.

Dott. METELLO FRANCINI. — L'O. riferisce un interessante caso di voluminosissimo gozzo in una donna per la quale egli dovette intervenire colla massima urgenza perchè il tumore, col suo cospicuo peso, aveva fatto pressione sul condotto laringo-tracheale, minacciando la morte imminente per soffocazione. L'O. fece appena in tempo ad afferrare con una grossa pinza dentata da presa il tumore nella sua parte centrale e sollevarlo in modo da togliere la compressione soffocante sulla trachea, il che gli permise di portare al termine rapidamente la asportazione del gozzo.

Diverticolo di Meckel ed occlusione intestinale.

Prof. dott. RINALDO CASSANELLO. — Nel caso attuale l'occlusione è d'indole paralitica per ileo prodotto da una *diverticolite purulenta*. L'O. richiama a questo proposito le analogie che esistono nel campo anatomico morfologico, nel patologico ed in quello clinico tra l'organo rudimentale: il diverticolo di Meckel ed un altro organo rudimentale: l'appendicite vermiforme.

Il diverticolo, trasformatosi in un *vase close*, era ridotto in canale lungo e grosso più di un dito pollice di adulto: completamente ripieno, teso per sovrabbondanza di pus. Il diverticolo però non presentava segni di perforazione ma tutto all'intorno di esso, nella matassa intestinale del tenue e del colon, vi era una estesa peritonite fibrino-purulenta che cementava lassamente le anse intestinali fra loro e colle pareti dell'addome mentre queste anse e le altre, anche a una certa distanza si presentavano tese e fortemente dilatate.

L'operazione, molto semplice, si ridusse a levare il pio-diverticolo, a mettere una sutura a borsa di tabacco sul punto d'impianto del diverticolo sull'intestino tenue che era circa 20 cm. dalla valvola ileocecale ed a fare una accurata polizia del cavo peritoneale, lasciando uno zaffamento di Mikulicz. L'ammalato, che era stato ricoverato in condizioni molto gravi e che fu operato d'urgenza, guarì assai sollecitamente.

In questo caso l'O. fece con precisione la diagnosi di diverticolite di Meckel prima dell'operazione. Egli, che una quindicina di anni prima aveva avuto occasione di operare un altro caso di diverticolite con stenosi intestinale, rimase colpito dalla esatta localizzazione del sintoma dolore spontaneo e provocato, più in alto e più all'interno del punto di Mac-Burney, verso l'ombelico, nel tratto corrispondente generalmente alla situazione ed alla direzione del diverticolo di Meckel nell'addome.

C.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Meningite luetica con presenza di spirochete nel liquido cefalorachidiano.

R. Cioncas (*Med. Ibera*, febb. 1929) riferisce il caso di un soldato, portato d'urgenza in ospedale con sindrome meningitica netta: cefalea, vomito, iperestesia, Kernig, rigidità della nuca.

Il p. l'anno avanti si era contagiato di lues ed aveva avuto anche manifestazioni secondarie, per cui aveva fatto una serie completa di neosalvarsan.

La malattia attuale si era iniziata una settimana prima con cefalea e malessere generale, accentuatisi poi sempre più fino al ricovero in ospedale.

Praticata la puntura lombare, questa dette esito a liquor sotto forte pressione e le ricerche di laboratorio dimostrarono 60 % di albumina, le reazioni di Pandy e di Nonne-Appelt + + +, una linfocitosi del 95 %. I preparati, eseguiti con i metodi di Gram e di Ziehl non misero in evidenza alcun germe.

Stabilita la diagnosi di meningite luetica, fu iniziato subito il trattamento con cianuro di mercurio alla dose di 1 ctgr. pro die per via endovenosa, che dette una lieve remissione di tutti gli altri sintomi, all'infuori della cefalea e del vomito. Dopo 7 giorni, ripetuta la puntura lombare, si trovò il liquor di poco differente a quello precedente, ma colorando i preparati col metodo di Fontana Tribondeau, l'A. vi notò la presenza di numerose spirochete pallide.

Per tale reperto e per il persistere dei sintomi, fu allora intensificato il trattamento, iniziando una serie di neosalvarsan. Dopo la 3ª iniezione, l'infermo cominciò a migliorare notevolmente ed in breve tutti i sintomi scomparvero.

Ripetuta allora la puntura lombare, fu trovato il liquido c. r. perfettamente incolore, con 0.25 % di albumina, con Pandy e Nonne-Appelt + + +, ma all'esame microscopico del sedimento, non si riscontrarono nè spirochete nè altri germi.

A. P.

La meningite da orecchioni.

Sono noti nella letteratura 37 casi di meningite da orecchioni che, aggiunti a quello osservato da J. Taillens (*Journ. de médecine de Paris*, 16 agosto 1928) formano 38. La predominanza dei colpiti si trova nell'infanzia (come è ovvio per il fatto che gli orecchioni sono una malattia prevalentemente infantile) e fra i maschi, che sono in numero triplo che le femmine.

I sintomi meningei possono apparire prima, durante o, più spesso, dopo il rigonfiamento delle parotidi. La comparsa della meningite prima degli orecchioni comprova che questa infezione è una setticemia, di cui la localizzazione parotidea è la più frequente, ma non l'unica.

I sintomi principali della localizzazione meningea sono: cefalea, vomiti, convulsioni nei bambini piccoli, febbre, agitazione, semicoma, dolori spontanei o provocati alla nuca, Kernig, esagerazione dei riflessi, ecc. Alla puntura lombare, si trova generalmente linfocitosi, generalmente discreta, talora forte (fino a 15.000 leucociti per mmc., di cui l'immensa maggioranza linfociti), vi è un lieve aumento dell'albumina (0,30-0,50 ‰).

La prognosi è generalmente buona; nei 38 casi si citano due morti, in cui all'autopsia si trovò: congestione della convessità cerebrale, idrocefalo ventricolare, gettate fibrose alla base del cervello, niente al midollo.

La puntura lombare ha, nel trattamento, una parte notevole ed azione favorevole.

fil.

Meningite tubercolare e gravidanza.

Le osservazioni di meningite tubercolare nella donna gravida sono piuttosto scarse; A. Courvelaire e M. Lacomme (*Revue médicale*, 4 aprile 1929) ne riportano quattro; da esse risulta quanto segue:

1) la tubercolosi ha colpito le meningi in donne che 2 volte su 4 non avevano lesioni polmonari;

2) la meningite, nei 4 casi, si è avuta dopo il sesto mese ed in tre, in un'epoca vicina al termine della gravidanza;

3) la diagnosi è sempre stata difficile;

4) la meningite tubercolare non ha occasionato il parto che una volta su quattro;

5) dei due bambini nati vivi ed apparentemente vitali, nessuno ha sopravvissuto; in tre casi, si fece la ricerca del bacillo di Koch, che fu positiva in due.

Nella letteratura francese, si hanno notizie di altri 13 casi del genere.

La diagnosi, come si è accennato, fu sempre difficile. Una prima causa d'errore va ricercata nella eclampsia convulsiva; sono frequenti le obnubilazioni e le crisi convulsive. Un altro errore, che presto si riconosce sta nel confondere la M. T. con i vomiti incoercibili o con le psicosi puerperali.

Nelle 17 osservazioni, si hanno soltanto tre casi di interruzione spontanea della gravidanza.

Si sono fatti in 5 casi gli esami anatomici e batteriologici del prodotto del concepimento. Si è avuto: 1 caso di tubercolosi conge-

nita con lesioni anatomiche, un altro rivelato da inoculazione del liquido peritoneale di un feto nella cavia, 1 caso di infezione transplacentare, in cui si sono trovati dei bacilli acido-resistenti nel fegato, senza lesioni anatomiche; 2 casi negativi.

Dall'esperienza degli AA. risulta che è possibile che i bambini nascano indenni da infezione congenita, specialmente se espulsi od estratti precocemente, prima della comparsa degli accidenti meningei.

In presenza di meningite in corso di gravidanza, conviene, a diagnosi fatta, di praticare l'estrazione artificiale del bambino per via cesarea, sotto anestesia locale, ogni qualvolta il feto sia o sembri vitale.

fil.

L' angioma del rene.

A proposito di un caso personale Judd e Simon (*Surg. Gynec. and Obstetr.*, maggio 1928) hanno fatto ricerche nella letteratura, ma non trovarono altro che 11 casi descritti di tale affezione.

Il sintoma clinico principale è l'ematuria e la perdita di sangue può essere talmente notevole da condurre ad una anemia marcata. Se però l'angioma ha sede nella corticale può evolversi silenziosamente.

In genere si fa diagnosi di ematuria essenziale ed è l'atto operativo che mette in luce la presenza di un angioma.

Probabilmente questo tumore non raggiunge una grandezza maggiore di cm. 1-2 di diametro: in genere è solitario, ma può essere anche multiplo.

L'età dei pazienti varia, per i casi descritti, dai 18 ai 66 anni: pare che ci sia predilezione per il sesso maschile e per il lato sinistro.

Si deve distinguere l'angioma vero dagli altri tumori del rene contenenti sangue: il carcinoma è differenziabile dal tipo dell'epitelio tappezzante gli spazi pieni di sangue; le cisti ematiche sono in genere di dimensioni maggiori.

VICENTINI.

Gli ascessi caldi del rene.

La denominazione di ascessi caldi del rene è stata data ad una specie di nefrite infettiva, caratterizzata dalla produzione nel rene di ascessi miliari confluenti od isolati. Non si tratta di pielonefrite, che di solito è bilaterale e si accompagna con piuria, nè di pionefrosi, in cui il rene è ridotto ad una sacca piena di pus.

Si tratta il più spesso di ascessi primitivi di origine ematogena, che si verifica senza alcuna affezione delle vie urinarie. La malattia scoppia in persone in apparenza sane, ma è probabile che preesista un'alterazione renale che è venuta a diminuire i mezzi di difesa del rene.

Un dolore vivo, continuo nell'ipocondrio apre la scena; si accompagna a sensibilità addominale, più intensa della parte superiore. Si può pensare a perforazione intestinale, ad appendicite fulminante. Temperatura a 39°-40°, vomiti, sudori profusi, delirio; lingua fuliggi-nosa e secca o tumida e biancastra.

Alla palpazione, contrattura e dolore specialmente vivi all'angolo costo-vertebrale. Si palpa il rene in forma di una massa globosa e liscia.

I sintomi urinari sono negativi; minzioni nè frequenti, nè dolorose; urine limpide, senza albumina e con rari leucociti. L'esame del sangue mostra iperleucocitosi con polinucleosi; la radiografia, una modificazione dell'ombra renale e talora l'esistenza di un calcolo.

La malattia può migliorare e tutto ritornare nell'ombra in pochi giorni; tale guarigione, dovuta all'incistamento degli ascessi, non è che apparente e si hanno quasi sempre delle recidive.

Nei casi favorevoli, l'ascesso si apre nel bacinetto; la piuria si accompagna a caduta della temperatura e ne può seguire la guarigione. Altre volte l'ascesso si apre all'esterno nella capsula adiposa, risultandone un flemmone perinefritico. Si può avere diffusione del processo all'altro rene, oppure possono sopravvenire accidenti di inibizione sull'altro rene, la setticemia, la piemia.

La diagnosi non è difficile; basta pensarvi.

A malattia costituita, dieta idrica, chinino a piccole dosi, iniezioni di olio canforato. Nei casi gravi, Grandjean (*Journal des praticiens*, 22 gennaio 1929) consiglia l'intervento chirurgico, la nefrectomia. Sole eccezioni, se l'altro rene è deficiente (in tal caso si fa la nefrostomia con drenaggio ampio) o se l'ascesso è unico ed allora ci si contenta di fare una larga incisione.

Quando si tratta di reni molto grossi, con focolai suppurati multipli ed aderenze forti e numerose, si farà l'intervento in due tempi: nefrostomia e nefrectomia secondaria.

fil.

TERAPIA.

Il trattamento delle pleuriti purulente.

Roudepierre (*Gaz. méd. de France*, 15 ottobre 1929) raccomanda le punture ripetute, seguite da iniezione pleurica di collargol o di electrargol. Tale metodo, già usato un tempo, era stato abbandonato; i risultati poco buoni che si erano avuti sono da attribuirsi, secondo l'A., alle dosi insufficienti allora usate, nonchè agli intervalli troppo lunghi a cui si facevano.

L'A., in base ad una larga esperienza, ritiene che tale metodo sia raccomandabile, in quanto che esso sterilizza rapidamente il pus, prepara le condizioni favorevoli per l'operazione e, spesso, rende questa inutile.

Si fanno, ogni due giorni od anche tutti i

giorni, le punture evacuatrici; si lascia in posto l'ago e, la prima volta, s'iniettano 60-80 cmc. di collargol a 1/100 o di electrargol; le iniezioni seguenti sono di 20-40 cmc. L'A. raccomanda altresì le iniezioni endovenose di mercurocromo o di gonacrina.

Il cambiamento di colore del pus che, sotto l'azione del collargolo, si fa bruno-nerastro, è un segno favorevole; così pure la stabilizzazione della febbre verso i 38°. Se però la defervescenza febbrile tarda a manifestarsi, non si deve tardare ad intervenire. Si tenga presente che la prognosi viene aggravata dai viaggi, anche se fatti nelle migliori condizioni.

L'operazione va fatta sotto anestesia locale, con novocaina o cloruro di etile, preceduta da un'iniezione di morfina. Il chirurgo seguirà il tragitto della puntura esplorativa. Nel bambino basta per lo più la semplice incisione pleurica; nell'adulto si procederà alla resezione costale ed alla controapertura in corrispondenza del cul di sacco interno, allo scopo di assicurare l'efficacia del drenaggio.

Gli operati si alzeranno al più presto e praticheranno degli esercizi di ginnastica respiratoria.

L'A., su 86 malati, ha ottenuto 71 guarigioni (82.5 %). *fil.*

Procedimenti curativi in individui con infezioni polmonari.

H. Godlewski (*Journ. méd. franç.*, settembre 1928) dà i seguenti consigli:

Polverizzazioni con acqua di calce. — Usare un polverizzatore a vapore di tipo medio, curando che il vapore sia sotto buona pressione. Il malato si mette a 20-30 cm. dall'apparecchio, in modo da aspirare specialmente le goccioline fini. Esso dovrà: 1) espirare a fondo con espirazione brusca; 2) inspirare, a bocca largamente aperta, molto lentamente, senza sforzo. Per ogni seduta, bastano 36-48 di tali inspirazioni (durata 3-4 minuti), da ripetersi 3-4 volte al giorno. Dopo la polverizzazione, il malato si sciacquerà la bocca e si spazzolerà i denti. L'A. ha utilizzato il metodo in tutti i bronchitici cronici, tubercolotici o non.

Rivulsione col ferro caldo. — Si ricopre la pelle con un panno (ben secco!) senza pieghe (attenzione che non vi siano oggetti metallici al disotto!) e vi si passa sopra con un ferro da stiro, comune od elettrico. Si imprime al ferro un movimento circolare il più rapido possibile; per la superficie del torace, i passaggi si succedono al ritmo di 30-60 al minuto; le sedute si prolungano per 10 minuti. Alla fine, si osserva una rubefazione viva dei tegumenti, che persiste per una diecina di minuti. Le sedute possono ripetersi 2-4 volte al giorno. Il metodo è indicato nel dolore puntorio dei tubercolotici, nelle vecchie pleuriti croniche, nelle mialgie, nei dolori di schiena, nella lombalgia.

Sovraalimentazione zuccherata. — Il latte concentrato zuccherato rende ottimi servigi nei tubercolotici, costituendo un alimento energetico importante, non tossico. Può essere aggiunto al latte ordinario, a dosi di 1-2 cucchiai per tazza, oppure al tè od al cioccolato ed anche ai gelati. Il metodo non ha altre controindicazioni che i diabetici e gli insufficienti epatici; oltre che per i tubercolotici, è anche indicato negli individui affaticati anemizzati, di cui il dimagrimento è dovuto ad insufficienza alimentare per diminuzione dell'appetito. Nelle città, molti individui tornano a casa, la sera, tanto tardi e così stanchi che non hanno più fame e fanno un pasto insufficiente; la ripetizione di ciò porta a dimagrimento, stanchezza, anemia, anoressia.

Vescicante volante. — Si usa un cerotto vescicatorio quadrato con un lato di 5 cm. Lo si applica, dopo aver lavato la cute con sapone, acqua calda e fatta una frizione di alcool. Si lascia in posto per sole 2 ore; la flittena molte volte non si forma. Ad ogni modo, quando essa si sia formata, la si punge asetticamente con un ago e si medica asetticamente (anche un fazzoletto stirato mentre è umido), tenendo in posto con due striscie di cerotto adesivo. Nelle affezioni della pleura, lo si applica *in situ;* nei tubercolotici, lo si applica, ad intervalli di 7 giorni, alternativamente su ciascuno degli apici, nelle fosse sopraspinose e sottoclavicolari.

È particolarmente indicato nelle pleuriti acute con abbondante versamento e nella tubercolosi polmonare ad attacchi febbrili. *fil.*

Esperienza in tre casi di embolia della polmonare operati secondo Trendelenburg.

Nyström (*Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 152, pag. 450) nota che il primo caso di successo è di Kirschner nel 1924, seguono i due casi di Meyer, poi quello dell'autore. Questi ha operato tre casi; il primo è morto dopo 5 ore, il secondo dopo 30, il terzo sopravvive e sta bene.

In tutti tre i casi l'embolia presentò una sintomatologia simile. Si iniziò senso di costrizione al torace, vomito, dispnea, cianosi, polso aritmico non aumentato di frequenza, dopo 20' coma. Nel secondo caso il coma si presentò dopo 24 ore dall'inizio dei fenomeni. Nel terzo caso la sintomatologia si iniziò con perdita di coscienza che poi scomparve, il paziente era di nuovo in condizioni normali; quando dopo alcuni minuti divenne cianotico, cessò il respiro e il polso.

Il primo paziente sopravvisse 30 ore all'intervento, la tecnica seguita era stata quella originale di Trendelenburg con apertura am-

pia della pleura. All'autopsia rinvenne 500 cmc. di sangue nella cavità pleurica.

Gli altri due casi vennero operati secondo la modificazione di Meyer, senza aprire la pleura e resecando la II e III costa. Nel secondo caso sopravvissuto 5 ore all'intervento la morte era dovuta a un trombo formatosi nella polmonare per una lacerazione dell'intima dovuta alla trazione troppo energica esercitata con il laccio emostatico.

Dal punto di vista della tecnica è da osservare che nel secondo caso l'interruzione del circolo nella polmonare era durata due minuti e ciò nonostante non si ebbe alcun inconveniente. L'embolo venne asportato con un apparecchio aspiratore.

VALDONI.

L'olio di chaulmoogra nel tracoma.

Delanoë (*La Presse médicale*, 30 giugno 1928) dà le seguenti indicazioni per l'applicazione dell'olio di chaulmoogra nel tracoma.

Si preparano delle bacchettine di vetro, che si rivestono con cotone per una lunghezza di 10 cm. (*sic*) e si sterilizzano. L'olio di chaulmoogra si scalda a bagno-maria, in modo da averlo tiepido.

Si fa un'instillazione di soluzione di adrenalina-cocaina all'1 %. Dopo 5-10 minuti, si rovesciano entrambe le palpebre e si dispongono in modo da avere una superficie continua, senza rilievi nè incavi. Si bagna il tampone di cotone nell'olio e si sfregano le congiuntive appoggiandovisi sopra, per mezzo di movimenti angolari da un angolo all'altro dell'occhio ed iniziando dalla palpebra superiore. Si fanno dai 20 ai 60 movimenti. Il tampone durante l'operazione deve essere bene applicato contro il tarso. È un'operazione di schiacciamento e di svuotamento dei follicoli e si deve avere la sensazione netta di raschiare accompagnata da uno stridio, che l'A. chiama il grido tarsico (analogamente al grido uterino del raschiamento). Le palpebre sanguinano, l'olio di chaulmoogra riempie i follicoli e si imbeve, a sua volta di sangue. Più grave è il caso, più numerosi devono essere i movimenti di sfregamento.

Nei casi gravi, il trattamento viene continuato tutti i giorni per 5-8 giorni. Il trattamento, continua l'A., è efficace, tanto che egli non ha mai veduto un caso così grave e complicato da resistere ad esso. Questa terapia ha anche i vantaggi di essere rapida e di non far soffrire il malato; essa sostituisce anche le scarificazioni proposte da altri.

Si 35.000 trattamenti, l'A. non ha veduto un solo caso in cui le congiuntive delle palpebre così sfregate abbiano lesa od infettata la cornea.

fil.

Nella congiuntivite subacuta.

Solfato di zinco	cg.	5
Novocaina	cg.	15
Sol. di adrenalina al 1 ‰	g.	20
Acqua di rose	g.	10

S. per collirio. Una goccia nell'occhio, tre volte al giorno.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Semeiologia della tbc. polmonare. — All'abb. n. 2966-1:

Il metodo di Krönig (percussione topografica degli apici polmonari) consiste, nel suo complesso, nel provocare con la percussione leggera un piccolo cono di risonanza delimitante l'apice polmonare.

Nei suoi primi studi K. delimitò prima il limite apicale antero mediano, poi il postero mediano e finalmente i margini laterali arrivando così ad una completa delimitazione plessica dell'apice polmonare anche nel diametro trasverso.

Il suono percussorio si proietta così sopra una specie di striscia che passa a cavalcioni del margine esterno del cucullare, collega la spina scapolare con la clavicola ed unisce per gli apici le due aree coniche di risonanza della zona sopraclavicolare e della f. sopraspinosa.

La linea che delimita questa striscia (istmo) dal lato mediale parte dall'articolazione sterno-clavicolare, contorna la base del collo innalzandosi nella fossa sopraclavicolare secondo una linea ricurva prima leggermente convessa, poi concava, raggiunge il margine esterno del m. cucullare e discende poi posteriormente secondo una linea molto arcuata a convessità mediale per terminare poi all'apofisi spinosa della seconda vertebra dorsale in corrispondenza della paravertebrale.

Il margine o limite esterno dell'istmo può invece essere indicato da un'altra linea curva, a concavità rivolta all'esterno, che parta dal punto di unione del terzo medio con il terzo esterno della clavicola, raggiunga il punto medio del margine esterno del trapezio, e continuando a descrivere la stessa curva a concavità esterna discenda nella fossa sopraspinosa e termini circa nel mezzo della spina della scapola.

La larghezza dell'istmo nel suo punto più alto e più stretto (cioè da un centimetro circa all'innanzi del margine esterno del cucullare) è di circa 3-4 centimetri nel normale, ed è questa larghezza che per solito si ricerca quando si vuol delimitare la larghezza dell'istmo di Krönig.

È ovvio che le alterazioni patologiche del tessuto polmonare in corrispondenza degli apici polmonari producano delle variazioni della intensità del suono percussorio apicale,

ed alterino anche notevolmente la larghezza dell'istmo di Krönig.

A questi restringimenti apicali, resi più evidenti dal confronto del lato affetto con il lato sano si dà giusta importanza nella semeiotica del polmone specialmente quando si tratti di fare la diagnosi di lesioni tubercolari iniziali dell'apice polmonare.

G. M.

VARIA.

L'orecchio ed i bagni di mare.

A giusta ragione, F. E. Mosso (*Ann. di medicina navale e coloniale*, maggio-giugno 1929) ritiene utile di richiamare, nella corrente stagione, l'attenzione sugli inconvenienti che i bagni di mare possono provocare sull'organo dell'udito e sulle cautele necessarie per evitarli.

I disturbi e le conseguenze sono diversi a seconda della parte dell'organo uditivo che viene colpita.

Orecchio esterno. La penetrazione dell'acqua nel condotto uditivo esterno provoca soltanto una sensazione spiacevole ed una diminuzione della capacità uditiva, che scompaiono con la fuoriuscita del liquido. Ma, se il condotto contiene cerume, questo s'imbeve di acqua, si rigonfia e si ha sordità temporanea e dermatite del condotto. Ecco la causa dell'otite esterna di molti bagnanti. Quindi, se dopo il bagno la chiusura dell'orecchio permane a lungo, è necessario praticare l'estrazione del cerume con un getto di acqua tiepida.

In molte persone che hanno tendenza all'eczema dell'orecchio, si ha spesso una riacutizzazione del processo, che si previene mediante l'applicazione di una pomata di lanolina con ossido di zinco o precipitato giallo.

Orecchio medio. L'acqua può arrivare nella cassa timpanica, sia dal condotto uditivo esterno (membrana del timpano perforata) sia dalla tuba d'Eustachio. Talvolta, la membrana pure essendo integra, può rompersi in seguito ad un tuffo violento, specialmente se la caduta nell'acqua avviene di lato. È qui bene rilevare il pericolo dei tuffi dall'alto, con i piedi in basso, per cui l'acqua penetra con violenza nel naso e può raggiungere i seni frontali e provocare una sinusite acuta o cronica.

Ad ogni modo, la rottura della membrana timpanica in seguito a tuffo, è piuttosto rara, mentre desta maggiori preoccupazioni la penetrazione nella cassa timpanica attraverso una perforazione già esistente della membrana. In tal occasione, può risvegliarsi il processo purulento e si possono avere come conseguenze mastoidite, meningite, trombosi del seno, ascesso endocranico.

Come profilassi, per coloro che hanno tale perforazione, è poco consigliabile il consueto cotone idrofilo; migliore è l'ovatta che, non essendo idrofila, impedisce in certo modo l'ingresso all'acqua. Più opportuna è l'applicazione di un tampone di cera o paraffina; utile è anche il copricapo di gomma.

La penetrazione dell'acqua può avvenire, come si è detto, anche per la tromba di Eustachio, donde la possibilità di flogosi catarrale tubaria, di otite media, complicate o non da mastoidite. Facilitano tale penetrazione il soffiarsi il naso con violenza e l'eseguire atti di deglutizione stando con la testa sotto acqua, nel nuotare, ecc.

È anche opportuno che la gente conosca bene il modo di soffiarsi il naso, il che non va fatto premendo contemporaneamente le due ali del naso col fazzoletto, ma chiudendo le due narici alternativamente.

Orecchio interno e labirinto. Sono noti i casi di nuotatori che, tuffatisi in acqua, non ne sono più ricomparsi; il numero di queste vittime è tutt'altro che scarso (cfr. *Münch. med. Wochens.*, 27 maggio 1927). In generale, si ritiene che, in questi casi, la morte sia avvenuta per sincope cardiaca. Spesso, invece si tratta di un altro meccanismo, cioè di una penetrazione repentina dell'acqua fredda nella cassa del timpano attraverso una membrana perforata o totalmente distrutta. Quanto più fredda è l'acqua, tanto maggiore è l'eccitazione di canali semicircolari. Compaiono vertigini violente, nausea, nistagmo e gravi disturbi dell'equilibrio; al nuotatore viene così a mancare ogni controllo dei proprî movimenti e della propria persona, sicchè egli resta sommerso e si ha la morte per annegamento.

Anche in questi casi disgraziati, un buon tampone di ovatta applicato nell'orecchio avrebbe evitata la disgrazia.

Sarebbe bene che queste nozioni fossero diffuse e che, con le precauzioni sopra accennate, i bagnanti avessero la massima cautela se portatori di perforazioni timpaniche ed evitassero, ad ogni modo, tuffi violenti dall'alto e la deglutizione durante il nuoto sott'acqua.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

G. MUGGIA. *L'endemia strumosa in Valtellina e l'opera di quel Comitato Provinciale per la lotta contro il gozzo.* — Stab. Tip. S. Bernardino, Siena, 1929.

E. ALFIERI. *Per la lotta contro il cancro delle ovaie.* — Casa Editrice L. F. Cogliati, Milano, 1929.

E. ALFIERI. *L'assistenza della madre tubercolosa.* — Casa Ed. Cogliati, Milano, 1929.

C. ORTALI. *Come si possono evitare le malattie veneree.* — Tip. P. Feroce, Roma, 1928.

R. LUSENA. *Su di un nuovo fenomeno ascoltatorio nel pneumotorace art.* — Tip. Con. Naz. Emigr. e Lavoro, Roma, 1929.

F. CANEVA ZANINI. « *La Doppler* » (*Chirurgia del simpatico perivasale*). — S. A. Poligrafica degli operai, Milano, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CARRODANO (*La Spezia*). — Per titoli. Stipendio annuo lorde L. 8200. Indenn. annua quale uff. sanitario L. 500. Aumenti periodici di un ventesimo ogni due anni e per dieci bienni. Età 25, 30 anni s. e. l. Documenti di rito. Scadenza 15 settembre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

CAVE (*Roma*). — Seconda condotta. L. 9500 per i primi 1000 poveri, 5 quadrienni del decimo. Scad. 25 ag.

CHIETI. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Coadiutore Sezione Chimica del Laborat. Prov. di Igiene e Profilassi. Scadenza ore 12 del 15 settembre. V. N. 32.

COMO. *Ospedale S. Anna e Uniti.* — Tre posti di medico chirurgo aggiunto. Scadenza 15 sett. V. N. 32.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore del Laboratorio di Igiene e Profilassi, Sezione Chimica. Stipendio L. 15.000, oltre indenn. di servizio attivo del 20 % e tre aumen. periodici fino a raggiungere stipendio L. 17.400. Età massima anni 45. Domanda e documenti usuali, con vaglia L. 50,15 alla Segreteria Amministrazione Provinciale, non oltre il 21 settembre. Per ulteriori informazioni rivolgersi predetta Segreteria.

GENOVA-RIVAROLO. *Ospedale Celesia.* — Primario chirurgo Direttore Sanitario. Scad. 25 ag. ore 16. V. N. 32.

IESI (*Ancona*). — Quattro condotte: una urbana e tre rurali. Stipend. L. 8000 la prima, L. 8500 per le rurali più indenn. di cavalcatura variabile da L. 1000 a L. 3000. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 16 settembre. Richiedere bando di concorso alla Segreteria comunale.

LEQUILE (*Lecce*). — Per i poveri del Comune e della frazione Dragoni. Età massima 40 a., s. e. l. L. 8500 per i primi 1000 poveri, L. 3 per ognuno fino a 1500, L. 5 oltre; 5 quadrienni del decimo. Eventualmente uff. san. L. 1000. Scad. 31 ag.

MERCATELLO (*Pesaro e Urbino*). — Scad. 31 agosto. L. 9000 per i primi 500 poveri; L. 2 per ogni povero in più fino a 1000, L. 3 oltre i 1000. Cinque quadrienni del decimo dello stip. base. Cavalcatura L. 3000. Uff. san. L. 300. Età 25-40 a. Condotta unica, abitanti 3000.

MUGGIA e S. DORLIGO DELLA VALLE (*Trieste*). — Consorzio. Scad. 31 ag. Età massima 35 a., salvo per chi ha prestato servizio di condotta o di Cassa malati (2 anni). L. 8000 lorde, con L. 2 per ogni povero in più dei 1000; 4 quadrienni del decimo; c.-v. Trasporto L. 3000 (carrozza o auto), 1000 (motociclo), 300 (bicicletta). Estensione 40 kmq. in parte montuosa; 5458 abitanti, 240 poveri.

OCCHIEPPO SUPERIORE (*Vercelli*). — La scadenza del concorso fissata pel 18 luglio u. s. è prorogata al 20 agosto.

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — E' aperto il pubblico concorso per titoli e per esami al posto di ispettore generale sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma, al quale è affidata la direzione sanitaria ed amministrativa del Consorzio stesso, con divieto dell'esercizio professionale e di qualsiasi altra attività del genere.

Al posto è annesso l'annuo stipendio di L. 50.000 con 4 aumenti quadriennali di un decimo.

Il nominato sarà iscritto presso la Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari.

Gli aspiranti dovranno documentare oltre al possesso dei comuni requisiti per concorrenti a pubblici impieghi, il possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924, o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nelle condizioni previste dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2029, nonchè l'effettivo servizio prestato almeno per un triennio presso un Ospedale o Clinica od Ospedale Sanatoriale.

I limiti di età minimo e massimo sono stabiliti in 30 e 40 anni rispettivamente, salve le eccezioni di legge per gli ex-combattenti.

Le domande in carta da bollo da L. 2 dirette al sottoscritto Presidente (via IV Novembre 119-A) saranno accettate fino alle ore 19 del 30 settembre p. v.

L'esame consisterà in una sola prova scritta di cultura, con speciale riguardo alla materia tubercolare ed alle funzioni future del concorrente; la Commissione avrà facoltà di sottoporre i candidati a prove pratiche complementari.

La nomina varrà soltanto per un anno di prova, salvo conferma se l'esperimento riuscirà favorevole.

Per informazioni rivolgersi al Segretario generale dell'Amministrazione Provinciale di Roma.

TARQUINIA (*Viterbo*). — Condotta chirurgica residenziale. Stipendio L. 20.000 soggetto a R. M. e Monte Pensioni, così diviso: L. 9500 del Comune e assegno di L. 10.500 a carico Ospedale locale. Indennità caro viveri. Aumento stipend. Comune L. 1000 annue e aumento assegno Ospedale L. 1000 annue entrambi ogni quadrien. e per cinque quadrienni. Tassa concorso L. 50,15. Per notizie sui documenti da esibire e ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 12 settembre.

VOLTA MANTOVANA. — Medico della prima condotta e Direttore operatore Osped. civ. Età massima a. 40. L. 8000 lorde, 5 quadrienni del dec., c.-v., L. 1200 per indennità Direttore Osped., lire 2500 per mezzo trasporto (cavallo od auto). Unire voti laurea. Scad. ore 18 del 31 ag. Nessuna tassa concorso.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nella Scuola Medica dell'Università di St. Louis (Missouri) l'Istituto di Radiologia, di nuova fondazione, è stato affidato al dott. Leroy Sante; l'Istituto di anatomia è stato diviso in due Sezioni, una per l'anatomia macroscopica e l'altra per quella microscopica, e saranno dirette rispettivamente dai dottori Daniel M. Schoemacker e Albert Kuntz; il dott. William D. Collier è stato nominato direttore dell'Istituto di patologia (laboratori) e il dott. William E. Sauer direttore dell'Istituto di otolaringologia.

Il premio Virchow, stabilito nel 1923 dal dott. K. Yanagiwa, dell'Università imperiale di Tokio, è stato assegnato per il 1928 al prof. T. Katase per i suoi studi sperimentali sulle malattie ossee d'origine alimentare, ed ai proff. T. Kimura e R. Fujimaki, per le loro ricerche sulle degenerazioni tumorali dello stomaco, indotte da diete speciali. I premi sono stati conferiti in occasione del Congresso della Società Patologica Giapponese, adunatosi dal 1° al 3 aprile, nella Università Imperiale di Tohoku.

Quale componente ordinario il Rettorato Provinciale di Campobasso è nominato con R. Decreto, il prof. Belisario Santangelo, docente di Clinica Pediatrica nella R. Università di Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia:

Le periviscerili adesive addominali.

Conferenza del prof. M. DONATI.

L'8 giugno 1929 il prof. DONATI, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Torino, ha tenuto nell'Aula della nostra Clinica Medica una Conferenza sulle « Perivisceriti adesive addominali », per invito della nostra Società Medico-Chirurgica.

Il prof. Donati viene presentato al numeroso pubblico di professori e di studenti dal presidente della Società Medico-Chirurgica Pavese prof. Adolfo Ferrata, ed inizia il suo dire ricordando le difficoltà di definizione di ogni sindrome clinica: avviene talvolta che una definizione consacrata dall'uso continua ad essere usata, anche se col volger dei tempi non risponde più ai primitivi concetti. L'O. ricorda quanto è avvenuto per la *stasi intestinale cronica*, col qual nome si indicavano svariate sindromi dolorose della fossa ileocecale con costipazione cronica, per le quali l'O. stesso ebbe a proporre la più giusta definizione di *stenosi ileo-coliche* di posizione.

L'O. giustifica e definisce la denominazione di *perivisceriti adesive addominali*: egli è d'opinione che esistono sicuramente disturbi che possono essere riferiti esclusivamente a perivisceriti adesive, cioè ad aderenze di origine infiammatoria che interessano i visceri addominali; in questa espressione è compresa la definizione delle perivisceriti adesive, che costituiscono nella loro essenza delle vere e proprie sindromi morbose.

Possono esistere aderenze viscerali che passano del tutto inavvertite, e perciò non hanno alcuna importanza clinica, ma è frequentissimo che tali aderenze provochino una sintomatologia tale da richiamare l'attenzione del paziente e del medico; ma è anche frequente che si imputino ad aderenze inesistenti fenomeni dolorosi dovuti ad altre cause. È quindi indispensabile il porre una esatta diagnosi, per non procedere ad inutili interventi operativi.

L'O. insiste nel precisare la comprensione del termine *periviscerite adesiva*, ch'egli vuol sia riservato alle aderenze periviscerali di origine infiammatoria; così restano la membrana di Harris e quella di Jackson, che non sono perivisceriti, ma membrane periviscerali, alla stessa guisa delle membrane parieto-coliche dello Spangaro. L'O. non è quindi del parere di Pauchet, che considera la membrana di Jackson come il paradigma delle vere perivisceriti adesive, fra le quali quest'Autore fa entrare anche le briglie di Lane, che con molta probabilità sono invece formazioni congenite (Spangaro), la periduodenite essenziale di Duval e Roux, le epiploiti di Walther. Pauchet, invece, esclude dalle perivisceriti adesive le perigastriti e le periduodeniti da ulcera, le pericolecistiti, le peritifliti e le peritifloappendiciti, le periileiti, le perisigmoiditi e le perivisceriti in genere conseguenti a processi infiammatori o traumatici viscerali o peritoneali: l'O. afferma che ciò significa volere l'artificio e crearlo.

L'O. vede nelle perivisceriti adesive addominali non una sola sindrome, ma un vero e proprio complesso di sindromi ch'egli così compendia:

1) *Perivisceriti adesive latenti.* Non danno sintomi speciali e la loro scoperta è accidentale.

2) *Sindromi dolorose e dispeptiche croniche epigastrico-ipocondriache.*

3) *Sindromi dolorose e dispeptiche della fossa ileo-cecale.*

4) *Sindromi dolorose e dispeptiche dell'addome destro.*

5) *Sindromi dolorose e dispeptiche ipogastrico-pelviche.*

L'O. prende in esame la sintomatologia generale e speciale di queste varie sindromi e ne stabilisce l'essenza patogenetica precisa. A proposito delle sindromi del 2° gruppo l'O. riferisce che le periduodeniti stanno in primo piano nel loro determinismo; ne descrive i sintomi generali (dimagramento, depressione, astenia), e locali (dolore gravativo, non in rapporto coi pasti, che è influenzato più dal decubito che dalla pressione).

Le sindromi del 3° gruppo sono determinate da affezioni peritifloappendicitiche: domina la sintomatologia dolorosa e la stitichezza cronica.

Nelle sindromi del 4° gruppo sono in causa la colecisti, il cieco, l'appendice, lo stomaco e il duodeno; l'O. trova corrispondenza fra queste sindromi e la sindrome digestiva cronica dell'addome destro di Dalla Volta e Palmieri, o sintonia patologica dell'addome destro di Solieri.

Nelle sindromi del 5° gruppo sono in causa le peri e le mesosigmoiditi: si ha stipsi cronica, talora alternata con crisi diarroiche. I dolori sono localizzati alla regione corrispondente, ma talvolta queste perivisceriti si manifestano con una sintomatologia gastrica.

L'O. riunisce in un gruppo a sè le *sindromi aderenziali concomitanti*: così denomina le sin-

dromi che sono legate ad una periviscerite concomitante a malattia di uno o più visceri: la sintomatologia è in tal guisa duplice, essendo sostenuta sia dalla periviscerite che dalla malattia fondamentale dell'organo leso: le indagini radiologiche possono in questi casi riuscire di somma utilità.

L'O. traccia poi il quadro sintetico clinico-radiologico delle perivisceriti: riassume i dati che la storia dei malati fornisce specie per ciò che riguarda processi infiammatorii pregressi del tubo digerente, e rileva l'importanza dell'associazione dei fenomeni subbiettivi e obbiettivi; il sintomo dolore va valutato con particolare cautela per la sua localizzazione; la sintomatologia gastrica va tenuta in notevole considerazione.

L'O. passa in rassegna i fenomeni obbiettivi (contratture di difesa, particolari punti dolorosi, guazzamenti), e i sintomi generali (disturbi nervosi, dimagramento); accenna poi alle sindromi radiologiche messe in evidenza da vari Autori. L'O., per ciò che si riferisce al quadro radiologico anatomo-funzionale delle perivisceriti, dà somma importanza alla fissità di visceri che dovrebbero essere mobili, che va però bene accertata; sono inoltre segni classici di periviscerite le deformità di contorno, le posizioni anomale, le stenosi da posizione o da compressione; dall'O. vennero individuati poi i segni seguenti: la rigidità della parete del viscere nel tratto adeso (specie se la deformazione varia con la peristalsi) e l'atonia del segmento interessato, per la compartecipazione del relativo meso al processo infiammatorio. Altro segno importante è il dolore provocato con la palpazione del viscere.

L'O. illustra poi con proiezioni alcuni esempi di perivisceriti, riferentisi a casi controllati personalmente con l'intervento operativo, concludendo con l'affermare che l'esame radiologico accurato e sistematico in correlazione coi dati clinici, ha notevole importanza per giungere alla diagnosi di periviscerite adesiva.

Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, l'O. lo riserva a quei casi nei quali si ha uno squilibrio funzionale notevole di uno o più visceri, poichè lo stesso intervento laparatomico con facilità dà luogo a perivisceriti. L'intervento chirurgico agisce sul fattore meccanico, e quello funzionale può talvolta non venire influenzato. Comunque ogni caso avrà la sua indicazione, e anche la semplice sezione di briglie aderenziali può portare a risultati insperati; l'O. si sofferma ad illustrare i vari interventi operativi che trovano di volta in volta la loro indicazione nelle perivisceriti adesive addominali, dalla asportazione di briglie, di cui già si è detto fino alle esclusioni con anastomosi di derivazione, come la gastroenterostomia.

L'O. infine fa voti che ogni qual volta si intervenga sull'addome si segua una tecnica tale che riduca al minimo la possibilità della produzione di perivisceriti post-operatorie; questo, insieme ad un trattamento precoce ed adeguato delle affezioni viscerali, costituisce una vera e propria profilassi delle perivisceriti.

Il prof. Donati è stato seguito con molta attenzione dall'uditorio nel chiaro e lucido svolgimento dell'interessantissimo tema, ed ha raccolto alla fine del suo dire calorosi applausi.

Esposito.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso per la lotta contro la tubercolosi.

Come già abbiamo annunciato, si terrà a Palermo dal 6 al 9 ottobre. Nella prima giornata avrà luogo l'inaugurazione alla Sala delle Lapidi nel Palazzo del Comune e lo svolgimento del primo tema di relazione: *Rapporti fra regime consorziale e regime assicurativo nell'organizzazione della lotta antitubercolare*, da parte dei professori C. Giannini e L. Sagona.

Nel secondo giorno, svolgimento del secondo tema: *Impianti igienici per lo smallimento e per la distruzione di materiali di rifiuto dei Sanatori e degli Istituti ospedalieri per tubercolotici*, da parte del prof. A. Omodei-Zorini e ing. Raffo. Visita alla Scuola all'aperto, Sanatorio, Ospizio marino.

Nel terzo giorno, dopo una gita a Mondello ed a Monreale, vi sarà la Riunione della Società italiana fascista di studi scientifici sulla tubercolosi, con le seguenti relazioni: 1) *Indagini sulla percentuale di tubercolosi latenti e di complessi primari accertabili radiologicamente* (proff. A. Busi e R. Paolucci); 2) *Sulle modalità di guarigione della tubercolosi polmonare* (proff. U. Soli e G. Costantini), oltre alla Conferenza del dott. Del Bue sul tema: *Metodo italiano di lotta antitubercolare.*

Nei giorni seguenti, altre visite e gite.

Le relazioni a stampa verranno distribuite prima del Congresso.

Per quanto riguarda le Comunicazioni, sono vietate tutte quelle che tendano a valorizzare prodotti, apparecchi e metodi di cura a scopo commerciale.

Quota individuale L. 20, da inviarsi prima del 15 settembre alla Segreteria della Federazione italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Toscana 12, Roma (25), indicando anche la via (per terra o per mare) che si intende percorrere.

20° Congresso di Idrologia, Climatologia e Terepia fisica alla Spezia.

Avrà luogo nei giorni dal 4 al 6 di ottobre ed è il primo Congresso scientifico che si tiene alla Spezia.

Il Comitato organizzatore, con a capo il prof. R. Cassanello, direttore del civico Ospedale, raccoglie le più cospicue personalità della regione.

Fra le relazioni, sono da citarsi quelle sulla *Climatologia ligure-lunigianese* (proff. U. Fiorentini, C. Caselli, G. Pedenzana); *sulle acque minerali della regione* (prof. M. Francini e Fedeli) e *sulla cura balnearia marina* (proff. Pellegrini e Zonder).

Il prof. L. Devoto tratterà l'argomento della *Frutta e uva nelle stazioni di cura.* Contemporaneamente si terrà un'Esposizione di frutta e di uva della regione ed una mostra fotografica regionale.

Le sedute verranno intercalate da visite all'Arsenale, all'Acquedotto civico di Fornola, alle Terme di Equi ed alle Colonie marine elioterapiche di Massa.

Il 3 ottobre si terrà la « Giornata del reumatismo cronico », promossa anch'essa dall'Associazio-

ne di Idrologia. Saranno relatori i proff. S. Pisani, E. Ronzani e C. Giannini.

Le sedute si terranno nell'aula magna del Civico Ospedale.

Tassa di iscrizione L. 25. Alla sede del Comitato organizzatore (Portici Chiodo 13) sono da inviarsi le adesioni e le comunicazioni scientifiche.

II Convegno Nazionale Assistenti Sanitarie e Infermiere della Croce Rossa Italiana.

Si terrà a Palermo in occasione del III Congresso nazionale antitubercolare. Ne è presidente d'onore S. A. R. la duchessa Elena d'Aosta e vicepresidente S. A. R. la duchessa delle Puglie.

Nel primo giorno (6 ottobre) seduta in comune col Congresso antitubercolare.

Nei giorni seguenti vi saranno i temi di relazione: 1) *Funzioni dell'assistenza sanitaria nell'organizzazione della lotta antitubercolare rurale* (A. S. Clara Mondini); 2) *Contributo delle assistenti sanitarie e delle infermiere volontarie nei centri profilattici antitubercolari* (A. S. Conchita Scotti Guerra); 3) *Valore delle scuole professionali per infermiere in rapporto ad una adeguata preparazione per infermiere specializzate* (A. S. Maria Egle Pilastrini).

Le relazioni a stampa verranno distribuite prima del Congresso.

Quota d'inscrizione individuale L. 10, da inviarsi non oltre il 15 settembre alla Segreteria del II Convegno nazionale delle Assistenti sanitarie ed Infermiere della Croce Rossa, via Divisi, 93, Palermo, indicando la via da percorrere nel viaggio.

Corso di Specializzazione in Medicina Coloniale a Bologna.

Nel prossimo novembre si inizierà presso la Scuola di Patologia Coloniale di Bologna un corso per laureati in Medicina e Chirurgia, per ottenere il Diploma di Specialista in Medicina Coloniale.

Il programma comprende i seguenti insegnamenti: Clinica delle malattie Coloniali, Igiene Coloniale, Protozoologia, Elmintologia, Entomologia, Batteriologia e Sierologia.

Alle lezioni teoriche si alternano esercizi pratici e dimostrativi, l'Istituto è fornito di abbondante materiale scientifico e di laboratorio e resta aperto tutto l'anno.

Le tasse ammontano in totale a L. 2100, metà pagabili all'atto dell'iscrizione.

Le iscrizioni si accettano sino alla fine del mese di novembre non oltre.

Possono iscriversi anche i laureati in Zooiatria, i quali seguiranno parte dei Corsi, ottenendo alla fine un certificato.

Per informazioni scrivere alla Direzione dell'Istituto di Patologia Tropicale, Ospedale S. Orsola - Bologna.

La Riunione Generale della Società Italiana di Biologia Sperimentale.

Avrà luogo in Firenze, nella ricorrenza della XVIII Riunione della Società italiana per il Progresso delle scienze, fra il 18 ed il 24 settembre prossimo.

Nella Seduta scientifica, le Relazioni sintetiche figureranno come discorsi della Classe B della Società per il Progresso delle scienze e saranno le seguenti: N. Beccari. « L'inversione sperimentale del sesso nei vertebrati ». L. Lattes. « Le fonti biochimiche della individualità umana ».

Istituzione di nuovi Policlinici del Lavoro.

In considerazione dei risultati ottenuti dal primo Policlinico del Lavoro istituito in Roma, si stanno gettando le basi per fondarne altri nei più importanti centri industriali, quali Milano, Torino, Terni, Portoferraio, Venezia.

I primi sei mesi dell'assicurazione contro la tubercolosi.

Il numero delle persone assistite dal 1° gennaio al 30 giugno 1929 è stato di 4760, delle quali, assistite a domicilio 1170, ricoverate in sanatori 2650, assistite ambulatoriamente 940. Il numero delle giornate di cura è stato a tutto giugno di circa 268.000, delle quali 113.600 sono giornate di ricovero in istituti sanatoriali.

Il Capo del Governo si è molto compiaciuto per lo sviluppo che il sen. Garbasso dà a questa forma di assistenza sociale.

Viaggio internazionale di studio per Medici.

Il dott. F. Barach, di Vienna, da oltre un anno ha organizzato dei viaggi di studio per medici a cui hanno preso parte colleghi di diverse nazioni e, sembra, con esito soddisfacente.

Attualmente ha in programma un nuovo viaggio col seguente itinerario: Partenza il 1° dicembre da Trieste. con piroscafo, per: Venezia, Fiume, Bari, Brindisi, Patrasso, Pireo (Atene), Canea, Candia, Alessandria; di qui, in ferrovia per il Cairo, da dove i gitanti si divideranno in due gruppi. L'uno verso l'alto Egitto (Luxor ed Assuan) ed eventualmente anche la Palestina. L'altro si imbarcherà il 25 dicembre a Portsaid, toccherà Suez, Massaua sbarcando poi a Karachi (India). Quivi si visiteranno le città più importanti (Lahore, Jaipur, Agra, Bombay, ecc.) e parecchi ospedali.

Per informazioni rivolgersi a Aerztliche Auslands-Studienreisen, Biberstrasse 11, Wien/1 (Austria).

L'International Medical Club di New York.

Ha per scopo essenziale di interessarsi dei medici stranieri i quali intendano visitare gli Stati Uniti e di fornire loro tutte le indicazioni per facilitare le visite e renderle più proficue e ciò non solo per New York, ma per tutti gli Stati Uniti.

Esso inoltre si interessa per tutto quanto può avere attinenza con l'attività medica anche all'estero ed ha, fra i suoi membri, una larga rappresentanza di medici stranieri, fra i più noti; in tal

modo possiede informazioni sulle condizioni della attività medica anche per l'Italia.

L'I. M. C. si occupa di quanto segue: 1) promuovere i rapporti scientifici e sociali fra i medici stranieri e quelli residenti agli Stati Uniti, in modo da stabilire una reciproca e migliore intesa; 2) stabilire i rapporti scientifici e sociali fra tutte le Associazioni mediche di lingua straniera negli Stati Uniti; 3) promuovere i rapporti fra tali Associazioni e quelle già esistenti all'estero; 4) estendere ai soci il beneficio di essere ufficialmente introdotti fra i corrispondenti gruppi medici dell'estero e stabilire quindi dei contatti personali fra i medici più eminenti, facilitando loro gli studi di perfezionamento, le visite d'interesse medico e le escursioni di piacere; 5) aiutare i medici stranieri che visitano gli Stati Uniti, dando loro i vantaggi esposti nel punto 4).

Per informazioni rivolgersi al presidente dott. Jacques W. Maliniak, od al dott. Fred. H. Albee, 30 East 40th. Str. New York City.

Nuovo istituto universitario a Filadelfia.

L'Università di Pennsylvania ha inaugurato, il 16 maggio, un istituto di anatomia e di chimica fisiologica. Il discorso inaugurale venne pronunziato dal dott. Simon Flexner, direttore dell'Istituto Rockefeller di New York; egli dal 1899 al 1903 fu professore di patologia in quella università.

L'Istituto ha importato una spesa di 1 milione di dollari (19 milioni di lire it.); un quarto di questa somma venne fornita dalla Fondazione Rockefeller, un quarto dal « General Education Board » e il resto dall'Università.

L'edifizio è a quattro piani.

Per l'Università di Chicago.

Sul « Julius Rosenwaldt Fund » sono stati assegnati 50.000 dollari l'anno, pari a circa 1 milione di lire it., per 5 anni, alle cliniche della Università di Chicago, a condizione che venisse donata da altri una somma uguale. Immediatamente la sottoscrizione è stata fatta, dai signori M. Epstein e A. D. Lasker, in parti uguali.

Il sig. J. Hertz ha donato all'Università 75.000 dollari, destinandoli allo studio dei disordini della glandola pituitaria.

La « Quaker Oats Company » ha assegnato all'Università 8100 dollari, per lo studio biologico dei raggi ultra-violetti.

Varie donazioni sono state fatte alla biblioteca universitaria.

Uno scandalo pubblicitario.

Un reputato medico di Londra, il dott. D. Armour, ha diretto al « British Medical Journal » del 25 maggio una lettera in cui dichiara che una signora, agente di pubblicità di una Ditta americana produttrice di fermenti, gli aveva chiesto un attestato, offrendo in cambio 150 sterline (pari a 14.000 lire it.); egli oppose un diniego.

Intanto la Ditta ha pubblicato una serie di attestazioni, tra cui figurano molti nomi assai reputati della medicina: 4 sono inglesi, 5 francesi, 6 tedeschi (della Germania e dell'Austria), 3 nord-americani. Si tratterebbe di sapere se essi hanno ricevuto, oppure no, un compenso... Tra gl'indiziati si trovano nomi come Lane di Londra e Pauchet di Parigi, due chirurghi i quali realizzano guadagni ingentissimi e che non potevano essere allettati da una somma per loro modestissima; v'è anche un professore di fisiologia di New York.

La Casa di Harnack di Berlino.

Alla presenza dei rappresentanti delle più alte autorità del Reich e dell'ambasciatore d'Italia, è stata inaugurata a Berlino la Casa di Harnack per il progresso delle scienze.

La Casa di Harnack offrirà ospitalità agli scienziati stranieri durante il loro soggiorno in Germania e nei suoi saloni saranno tenute importanti riunioni scientifiche.

Norme per la preparazione dei sunti da parte degli autori.

Per ottemperare alle istruzioni emanata dal Consiglio nazionale delle Ricerche, che tendono ad organizzare la Bibliografia scientifico-tecnica italiana, in modo tale da adempiere veramente allo scopo per cui fu voluta, dal Capo del Governo, cioè di mettere in evidenza razionalmente, l'attività italiana nel campo della scienza e delle sue applicazioni, occorre che tutti gli articoli, pubblicati nelle più importanti Riviste, siano accompagnati da un breve sunto redatto dallo stesso Autore.

Perciò gli Autori sono pregati di inviare insieme al manoscritto od alle bozze corrette il *breve* sunto richiesto.

Il sunto non dovrà superare le 5 o 6 righe; solo in casi eccezionali potrà arrivare fino a 10 righe. Tale sunto è destinato appunto ad essere poi pubblicato nella Bibliografia scientifico-tecnica italiana curata dal Consiglio nazionale delle Ricerche.

L'encefalite letargica in Cina.

Il dott. Pfister dà notizia, nel « British Medical Journal », di 100 casi di encefalite letargica osservati in Cina durante due anni e mezzo. La malattia è più frequente nei mesi freddi; colpisce con grande predilezione i maschi (80 %) e dà la preferenza al periodo compreso tra la pubertà e l'età media. L'autore crede che essa sia stata importata dall'Europa, contrariamente al dott. Watson, il quale aveva sostenuto la tesi che fossero gli orientali venuti in Europa durante la guerra a portare la malattia in occidente.

Un furto di Pollame sperimentale all'Istituto Lister a Londra.

A Londra si sparse la voce che dal pollaio sperimentale annesso all'Istituto Lister, erano state rubate una gallina e 80 pulcini, ai quali era stato inoculato il cancro. La direzione dell'Istituto ha assicurato il pubblico che alla gallina era stato bensì inoculato qualche tempo addietro il cancro; ma che l'esito era stato negativo, e che non vi è la possibilità di contrarre il cancro da parte di chi la mangiasse.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Soc. des Chirurgiens, 17 mag. — H. JUDET. Incerchiamento della rotula. — M. MANON. Cecosigmoidostomia. — P. DE LA VILLÉON. Il Mikulicz in ginecologia. — G. LUYS. Immagini radiografiche del piccolo bacino.

Soc. d. Hôp., 1 lug. — G. CAUSSADE. Guarigione assoluta di tifobacillosi. — APERT e F. REGNAULT. Disostosi acrocefalica. — P. MERLE. Morbo di Hodgkin e tbc.

Minerva Med., 7 lug. — B. PESCAROLO. La febbre nel cancro. — E. GREPPI. Anemie splenomegaliche.

Brit. Med. Journ., 6 lug. — D. W. CARMALT-JONES. La malattia idatidea.

Gaz. d. Hôp., 3 lug. — L. ALQUIER. Le reazioni neuro-vascolo-tissulari in clinica.

Scalpel, 6 lug. — Giornate mediche di Bruxelles.

Folia Med., 30 giu. — COSTANTINO. Infezioni asociate Kala-azar malaria.

Journal A. M A.. 29 giu. — G. DRAPER e al. Genetica clinica. — W. WESTON. La Commissione per gli studî sull'alimento nella Carolina merid.

Rassegna Internaz. di Clin. e Ter., giu. — V. TRAMONTANO. Encefalite epidem. cronica.

Radiol. Med., lug. — A. SALOTTI. Indagine radiologica del canale dell'ipoglosso. — G. PESCATORI. Segni cecali dell'appendicite cronica.

Riforma Med., 29 giu. — A. LUSTIG. Ricovero nei sanatorî di tubercolotici di guerra. — G. SPICCA. Uretrite micotica.

Medic. Ibera, 6 lug. — F. H. GARCÍA. Parto rapido indolore col met. Delmas.

Paris Méd., 6 lug. — Numero sul cuore e i vasi.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tub., 30 giu. — V. MONALDI. Meccanica respiratoria. — C. F. CAPUANI. Metodo semplificato per la ricerca degli anticorpi tbc. — G. GHERARDINI. Ricambio azotato e minerale nella tbc. polm.

Ann. di Ostetr. e Gin., giu. — C. RAFFAELE. Ascessi ovarici. — M. ARCIERI. Gravid. extrauter. recidivante.

Soc. d. Chirurgiens, 21 giu. — VICTOR PAUCHET. Emi-colectomia destra per dolicocolon con pericolite. — MASSART. Lussaz. cong. dell'anca.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 lug. — A. CASTELLANI. Clima e acclimazione.

Rev. Med. de Barcelona, mag. — M. CORACHÁN J. Pí FIGUERAS. L'ipocloruremia nell'occlusione intestin. — E. TOLOSA COLOMER. Neurinomatosi.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 5 lug. — S. BONNAMOUR e J. DELORME. L'efedrina.

Münch. Med. Woch., 12 lug. — KNAUS. Capacità generativa nell'intermenstruo. — KISSLING, RUSSOW. Sepsi post-anginose.

Mediz. Welt, 13 lug. — W. SCHEMENSKY. I colloidi in medicina. — J. GLASS. Metodo sempl. per determinare la bilirubina nel sangue.

Riforma Med., 6 lug. — G. SCAGLIA. Colecistostasi. — A. BATTISTA. Soluz. salina ipertonica sulla cura dell'intossicaz. da occlus. intestinale acuta.

Pediatria, 15 lug. — G. SALVIOTTI. Applicazione endorettale dell'insulina.

Rev. Méd. del Uruguay, mar.-apr. — M. C. RUBINO. Nuova reaz. serologica sulla lebbra.

Osped. Magg., 30 giu. — R. FUMAGALLI e G. VISMARA. Potere coagulante ed emostatico in chirurgia.

Minerva Med., 14 lug. — G. DOMINICI, A. FERRERO. Per la diagn. di persistenza del dotto arterioso di Botallo.

Revue belge d. Sc. Méd., mag. — J. MAISIN e P. DUPUIS. Embriomi e cancro.

Riv. di Clin. Pediatr., giu. — G. DESSYLLA. Patogenesi della carie circolare dei denti decidui. — F. PEOLA. Corei chetonici nelle malattie dei bambini.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 13 lug. — U. DE GIACOMO. Anomalie congenite del cranio e della col. vertebr. nelle atassie ereditarie. — P. SANDRI. Alternanza tra asma da fieno e psicosi maniaco-depressiva.

Wien. Klin. Woch., 11 lug. — WAGNER-JAUREGG. Fondamenti ereditarî delle malattie mentali. — SIHLE. Le accezioni « causele », « finale », nel pensiero medico clinico.

Bull. Ac. de Méd., 2 lug. — A. KOTZAREFF e al. Magnesio e innesto del cancro. — R. CAMBIER. Sterilizzaz. di aria confinata. — FEDÉRÉ. Edema della palpebra infer. nei ritenzionisti.

Prensa Méd. Argent., 20 lug. — G. MARTINEZ e J. SLAMBIÁS. Malformaz. congenita del cuore e atero-sclerosi dell'a. polmon. — M. ACUÑA e al. Cirrosi itterigena.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — B. GORDON e J. C. BAKER. Apparente adattabilità del corpo alle infezioni. — N. CORYLLOS. Reperti broncoscopici nella polmonite lobare. — C. A. PETERS e I. M. RABINAWITCH. Diabete mellito aglicemico asintomatico. — R. M. TAUDOWSKY. Proteinurie. — J. M. MORA. Tiroidite acuta. — M. J. KING e D. M. CALDWELL. « Brucella abortus » del latte quale causa di potere agglutinante nell'uomo.

Paris Méd., 13 lug. — P. CARNOT. Radicolite caudale nella tabe. — DAUSSET e MASSINA. Trattamento dei reumatismi con emanaz. di radium e di thorium.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., lug. — J. L. CANTOR. Disordini neurogenici e psicogenici del canale alimentare. — R. M. BRUNSWICK. Paranoia.

Acta Medica Scandinavica, III-IV. — A. FALLING. L'acidosi da cloruro ammonico. — C. HOLTEN. Azione dell'insulina sul metabolismo respiratorio. — H. C. JACOBAEUS e al. Esame funzionale sulla capacità di vuotamento dei bronchi.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sull'infanzia anormale.

Morgagni, 24 lug. — G. F. CAPUANI. La tecnica di deviaz. di complem. nei tentativi di semplificazione.

Arch. di Ortop., II. — A. LAVERMINOCCA. Etiologia della scoliosi. — A. G. CHIARELLO. Tasso del calcio e del magnesio del sangue nelle fratture.

Pensiero Med., 15 lug. — F. PEDRAZZINI. Edema cerebrale.

Zeit. f. Tuberk., lug. — N. LUNDE. Trattam. alla Walbaum della tbc. — L. VAJDA. Pneumotor. art. da un lato e frenicotomia dall'altro. — F. KREUSER e H. DEUSTER. Isolam. dei tubercolotici asociali.

Surg., Gyn. a. Obst., lug. — H. O. MCPHEETERS e C. O. RICE. Le vene varicose. — H. B. SPRAGNE. Il cuore in chirurgia. — C. H. FOWLER e W. A. HANSON. Anatomia chirurgica della tiroide.

Amer. Med., giu. — Numero sulla terapia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

Pubblicazioni a disposizione dei nostri signori abbonati:

Prof. dott. LEONARDO DOMINICI
Lib. doc. di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università.

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume di pagg. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure, molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo.

In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati sole L. **37,75** in porto franco.

Prof. Dott. LEONARDO DOMINICI
Docente di Patologia, Chirurgia, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma.

PICCOLA CHIRURGIA E CHIRURGIA D'URGENZA

Prefazione del prof. **Roberto Alessandri.**

Un volume (n. 16 della nostra Collana Manuali del «Policlinico») di pagg. IV-452, con 225 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata ed artisticamente rilegato in piena tela inglese, con iscrizioni sul piano e sul dorso. Il libro è elaborato con criteri di assoluta praticità, e corrisponde in tutto alle esigenze odierne dei medici chirurgi condotti, dei giovani laureati e dei laureandi. — Prezzo L. **56** — Per i nostri abbonati sole L. **52.**

Prof. DOMENICO TADDEI
Direttore della R. Clinica Chirurgica dell'Univ. di Pisa.

Nuove note e Lezioni di Chirurgia Pratica

Volume di pagg. IV-280, con figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **36,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **32,50** in porto franco.

Dott. Prof. PIETRO GILBERTI
Docente di Clinica Chirurgica nella R. Università di Milano — Direttore della Sezione Chirurgica dell'Istituto Palazzolo-Bergamo.

Gastropatie e Gastroenterostomia.

STUDIO CLINICO RADIOLOGICO OPERATIVO

(Con 4 radiografie e 6 disegni semischematici originali di Anatomia Chirurgica, nonchè la bibliografia sull'argomento dal 1881, epoca della prima gastroenterostomia, ad oggi).

Un volume nitidamente stampato su ottima carta, di circa 125 pagine (N. 19 delle nostre Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del «Policlinico»). Prezzo L. **15,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **13,90** in porto franco.

Dott. Prof. ORESTE CIGNOZZI
Docente di Patologia speciale chirurgica.
Chirurgo Primario e Direttore dell'Osp. Civ. di Grosseto.

La grossa milza malarica e le sue complicazioni

STUDIO CLINICO-OPERATIVO

Un volume in-8°, di 86 pagine nitidamente stampato su carta distinta: L. **12,50.** Per i nostri abbonati sole L. **10,90** in porto franco.

Dott. VITTORIO CHIRON
Assistente v. nella R. Clinica Chirurgica di Roma

L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute

Un volume in-8 (N. 5 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), di pag. VIII-125, nitidamente stampato su carta semi-patinata, con 25 figure nel testo. — Prezzo L. **14,** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole lire **12.75** franco di porto.

Dott. Prof. GUSTAVO RAIMOLDI
Docente di Patologia Medica nella R. Università
Chirurgo-aiuto negli Ospedali riuniti di Roma

L'esame della funzione renale con i moderni metodi di indagine

Prefazione del Prof. **Roberto Alessandri**
Direttore della R. Clinica Chirurgica di Roma.

Un volume di pagine VIII-247 (N. 14 della «Collana Manuali del Policlinico»), nitidamente stampato su ottima carta, con varie figure nel testo. — Prezzo L. **30.** — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **27,50** in porto franco.

Dott. GIOVANNI MARIA GIULIANI
Assistente nella R. Clin. Chir. dell'Università di Parma

MANUALITÀ CISTOSCOPICHE ad uso dei Medici Pratici.

Prefazione del Prof. **Ambrogio Ferrari**
Direttore della R. Clinica Chirurgia Generale dell'Università di Parma.

SOMMARIO. — Prefazione. Principi della cistoscopia. Cistoscopii. Parte illuminante. Porta del cistoscopio. Onglet. Cistoscopia. Cateterismo unilaterale e bilaterale. Cistoscopio ed irrigazione. Sorgenti luminose. Parte ottica. Sterilizzazione. Verificazioni. Tecnica della cistoscopia. Sonde. Preparazione del malato. Introduzione del cistoscopio nell'uomo. Aspetto della vescica. Trigono vescicale. Sbocchi ureterali. Cateterismo degli ureteri. Cistoscopia nella donna. Uretero-pielografia. Casi difficili per un esame cistoscopico. Rachianestesia. Anestesia locale. Puntura epidurale.

Volume in-8° di pagg. VIII-79, con 58 figure in nero e a colori: Prezzo L. **15.** Per i nostri abbonati sole L. **13,75** in porto franco.

Dott. WILLIAM SEAMAN BAINBRIDGE
A. M., Sc. D., M. D., C. M., LL. D.
Commendatore della Corona d'Italia.
Membro corrispondente dell'Accademia Medica di Roma.

Il Problema del Cancro

Traduzione in riassunto dalle edizioni inglese, francese e spagnuola, a cura dei Dottori **Giovanni Perilli** e **Arnaldo Pozzi.**

Prefazione del Prof. **ROBERTO ALESSANDRI**
Direttore della R. Clin. Chirurg. della Univ. di Roma.
Il libro contiene inoltre un capitolo originale

Sulla lotta e sugli studi contro il cancro in Italia

del suddetto prof. R. ALESSANDRI e del prof. R. BRANCATI, 1° aiuto nella R. Clinica Chirurgica di Roma, nonchè tutta la **bibliografia oncologica italiana** più recente (1910-1926).

La prima copia di questo libro, venne presentata a S. E. MUSSOLINI il quale, compiacendosi vivamente con l'autore e con i collaboratori, ha molto gradito l'omaggio, e ha consegnato al prof. Bainbridge una sua fotografia con dedica.

Un volume in-8°, di circa 400 pagine, nitidamente stampato, ed artisticamente rilegato in piena tela, con iscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **60,** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati, sole L. **54** in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXVI — Roma, 26 Agosto 1929 — Num. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Cura degli eczemi.

Rivista sintetica

per il dott. prof. M. MONACELLI.

Volendo in questa breve rassegna occuparci della terapia degli eczemi non è forse superfluo accennare in primo luogo alle vedute attuali su la loro etiologia; sarà così più facile poi comprendere quali debbano essere le direttive di un trattamento appropriato; e ciò sarà a chi legge più utile della trascrizione di formule di polveri o pomate più o meno illustri e che si possono trovare nei manuali di terapia che vanno per le mani di tutti.

Si può dire che sia anche oggi accettata, almeno nella sostanza se la terminologia è cambiata, la concezione di Hebra che considerava l'eczema come la risultante di uno stimolo esterno e di una speciale recettività della cute colpita. Gli stimoli esterni possono essere di natura meccanica, termica e, più frequentemente, chimica. Vi sono delle sostanze che provocano su di ogni cute una infiammazione a tipo di dermatite (ad esempio l'olio di croton) pure variando quantitativamente la reazione da individuo ad individuo. Jadassohn parla, in caso di reazione accentuata a queste sostanze, di ipersensibilità, riservando il termine di idiosincrasia ai casi in cui la reazione è provocata da sostanze che, pure a concentrazioni relativamente forti, e restando a contatto della cute per un tempo relativamente lungo, sono innocue nella maggior parte dei soggetti. Possono in questo senso considerarsi sostanze eczematogene, sempre in soggetti predisposti, una intera serie di medicamenti (jodoformio, mercurio, chinino, formalina, vaselina, ecc.) a cui si possono aggiungere l'acqua di colonia, alcune tinture per i capelli, sostanze chimiche adoperate nell'industria (trementina, idrochinone, nickel, ecc.), vegetali (foglie di alcune primule, asparagi, ecc.).

La idiosincrasia della cute eczematosa può essere mono- o polivalente. Con numerose ricerche funzionali di confronto Bloch potè vedere come in genere gli eczematosi reagiscano positivamente a più di una delle sostanze di prova, mentre non è raro che individui sani presentino reazione positiva ad una sola sostanza. Si tratterebbe in questi ultimi soggetti di eczematosi in potenza o latenti, perchè non sono mai ancora venuti a contatto con la sostanza verso la quale presentano idiosincrasia. Pare a Bloch logico ammettere che, una volta prodottasi in questi pazienti a ipersensibilità monovalente un eczema per un fortuito contatto con la sostanza eczematogena, si sviluppi secondariamente una ipersensibilità polivalente. Di qui l'intolleranza della cute

eczematosa verso sostanze generalmente innocue alla grande maggioranza dei soggetti, quali il sapone, l'acqua, eccipienti comuni di pomate, ecc.

Rimane però sempre insoluto il problema: perchè alcuni soggetti possiedono questa abnorme reattività cutanea che altri non hanno? Entrano quì in campo cause predisponenti che possono essere congenite o acquisite. Nel primo caso cioè le cellule cutanee si trovano sin dalla nascita in uno stato anormale, non apprezzabile morfologicamente, ma legato con grande verosimiglianza alla struttura fisicochimica della cellula stessa; nel secondo caso non è che in seguito che si ha la trasformazione della recettività epidermica, trasformazione legata il più delle volte a disturbi del ricambio. È da tempo stata osservata la frequenza con la quale eczemi si hanno in diabetici, nefritici, gottosi e in soggetti giovani con anemia e clorosi. Nell'età infantile molta importanza hanno come causa predisponente la diatesi essudativa e i disturbi della digestione. In molti di questi casi però appare dubbio se in questi stati si debbano vedere soltanto delle cause predisponenti o se invece i prodotti dell'abnorme ricambio debbano essi stessi essere considerati sufficienti alla produzione dell'eczema. Che, se per lo più la causa determinante della dermatosi va, come abbiamo detto, ricercata in uno stimolo esterno, non mancano osservazioni, anche sperimentali, di eczemi prodotti da sostanze giunte alla cute per la via del circolo. Così, ad esempio, si potè, dopo aver dimostrato la ipersensibilità di un soggetto all'applicazione esterna dell'urotropina provocare sperimentalmente la comparsa di un eczema con iniezioni endovenose della stessa sostanza, e così per il chinino, l'emetina ecc. Ciò evidentemente complica il problema facendo sospettare, ripeto, che negli stati anormali del ricambio si debba vedere qualche cosa di più di una semplice causa predisponente, anche se non si è riusciti che molto raramente a produrre eczemi portando sulla cute quelle che dovrebbero essere le sostanze chimiche più di frequente chiamate in causa in questi eczemi di origine interna, e cioè glucosio, acido lattico, adrenalina, acido urico, ecc. Sappiamo però noi con certezza che queste sostanze giungano alla cute, nei singoli casi, immodificate, o non piuttosto sotto altre forme a noi sconosciute?

E non sarebbero soltanto prodotti patologici di ricambio, ma anche componenti normali degli alimenti, sia vegetali che animali che potrebbero portare ad una sensibilizzazione cutanea e alla comparsa di un eczema. E perciò, in pratica, l'indicazione dell'uso, a scopo desensibilizzante, di peptoni estratti dalle varie specie di albumine animali e vegetali usate nell'alimentazione e somministrati a dosi minime qualche tempo prima del pasto.

L'osservazione relativamente frequente di casi di eczema associati o alternantisi con crisi asmatiche, con febbre da fieno, con catarri nasali e congiuntivali, ha portato qualche autore a considerare l'eczema come una pura reazione anafilattica.

Così lo Storm van Leeuwen che ritiene l'eczema, come altre affezioni allergiche, dovuto per lo più a prodotti di decomposizione di origine animale o vegetale che egli chiama miasmi o climaallergeni. Molte specie di microrganismi, pur non essendo patogeni (diversi generi di aspergillus e di mucor, bacillus subtilis) formerebbero sostanze che in alcuni individui scatenerebbero reazioni di ipersensibilità. Tali sostanze sarebbero specialmente abbondanti nell'aria di località umide, in oggetti d'uso quali tappeti, cuscini, ecc. Per sottrarre i pazienti all'azione di queste sostanze Storm van Leeuwen consiglia il soggiorno in speciali camere prive di allergeni, a pareti liscie e facilmente lavabili, con materassi e cuscini di lana metallica e in cui la ventilazione è fatta a mezzo di speciali tubi che si innalzano per parecchi metri al disopra del tetto dell'edificio. Io stesso ho potuto vedere alcuni casi di eczema come di asma, specialmente ribelli alle comuni cure, cedere, per lo più temporaneamente, per il soggiorno in detti ambienti.

*
* *

Abbiamo visto come, almeno nella grande maggioranza dei casi, l'eczema debba essere considerato l'effetto di una causa determinante che agisce direttamente su la cute, e di alcuni momenti predisponenti che preparano il terreno, modificandone la reattività agli stimoli.

Corrispondentemente a questa concezione etio-patogenetica la cura degli eczemi deve essere esterna ed interna. Esterna nel senso di rimuovere in primo luogo, quando siano stati identificati — e ciò in pratica non è sempre facile — il solo o i più agenti nocivi, a seconda che si tratti di una sensibilità mono- o polivalente, e in secondo luogo di modificare, con l'uso locale di medicamenti, lo stato patologico della cute per ricondurla allo stato normale.

La terapia interna si propone invece lo scopo di allontanare o modificare tutte quelle che abbiamo definito cause predisponenti, tutti cioè gli alterati stati funzionali degli organi interni che possono trovarsi nei singoli eczematosi.

Impostata così la questione sarà facile comprendere come non esista un medicamento che somministrato all'interno per qualunque via possa essere considerato specifico degli eczemi. Allo stesso arsenico, di cui sono noti gli stretti rapporti che l'uniscono alla cute (somministrato a dosi piuttosto forti, agendo cioè come tossico, provoca la comparsa di zoster, di eri-

temi fissi, di cheratosi; a dose medicamentosa agisce favorevolmente sulle psoriasi, i pruriti, le neurodermiti e su alcuni casi di eczema) e del quale, più specialmente in passato, tanto uso si è fatto in questo campo, non si assegnano attualmente che indicazioni molto limitate.

Si è anche abbastanza diffuso. specie in questi ultimi tempi, l'uso del calcio, per lo più per via endovenosa, nella cura degli eczemi. Dirò subito che i buoni risultati che talvolta se ne ottengono, specie nelle forme acute, non sono da attribuirsi, come si credeva, ad una diminuzione del contenuto in calcio del siero di sangue degli eczematosi. Ricerche in questo senso hanno dato risultati discordanti, ma tendenti anzi piuttosto a dimostrare un aumento del calcio. I vantaggi che si ottengono da questo genere di terapia sarebbero da attribuirsi all'aumentata diuresi prodotta dal calcio introdotto per via endovenosa, diuresi che porterebbe ad una disidratazione del tessuto ammalato e ad una diminuzione della flogosi. Qualche buon risultato si è anche avuto con la proteinoterapia per via parenterale, bisogna però mettere in guardia contro l'eccessiva tendenza attuale dei medici, dermatologi o no, a trattare gli eczemi con iniezioni intramuscolari o intravenose di vaccini di diversa natura, di proteine, di sieri, di forti dosi di svariati medicamenti quali l'iposolfito di sodio, l'arsenico, il calcio, ecc. Non è escluso che talvolta così si ottengano dei buoni risultati, ma questi metodi eccessivamente energici possono per azione di choc provocare un cambiamento totale dell'orientazione morbosa del soggetto, e di qui talvolta incidenti spiacevoli.

Riassumendo quanto riguarda la terapia interna diremo che non vi sono linee generali da seguire, ma che possibilmente ogni caso deve essere studiato a fondo ricercando nell'ammalato tutti i vizi d'igiene e tutte le disfunzioni di organi interni. Quando non vi siano le indicazioni precise che può dare l'esistenza di uno stato nefritico o uricemico o diabetico ecc., si cercherà ugualmente di regolarizzare il modo di vita del paziente proibendogli eccessi di ogni genere; « L'eczematoso non deve assorbire nè tossici nè tossine »: in queste parole, abbastanza vaghe del resto, sarebbe, secondo Brocq, fissato il regime di questi soggetti. Nella grande maggioranza dei casi bisogna tendere all'alimentazione prevalentemente vegetariana, senza per altro giungere ad indebolire i pazienti. E dico questo non perchè col regime vegetariano non si possa sopperire in modo completo ai bisogni di un organismo, ma perchè bisogna tener conto delle precedenti abitudini dei soggetti i quali in genere, specie quando abitano una grande città, non sono che molto parchi consumatori di verdure e di legumi. Eliminando improvvisamente la carne dalla loro dieta essi finirebbero col nutrirsi scarsamente, data anche la maniera non sempre brillante e varia con cui le nostre massaie, poco abituate a questo, sanno manipolare vivande da cui sia esclusa la carne.

Dobbiamo ora dire della terapia locale. È qui specialmente che bisogna ricordare il grande precetto che domina tutta la terapeutica: *Primum non nocere!* Quante eruzioni insignificanti sono state trasformate in dermatosi croniche e ribelli per delle applicazioni intempestive! È consigliabile servirsi di pochi medicamenti dei quali si conoscano bene gli effetti, e di questi sapere volta per volta scegliere il modo di applicazione più adatto ricordando a questo proposito che i singoli eczematosi mostrano reazioni molto diverse, più che verso le varie sostanze, verso il modo di applicazione di queste. Così l'uno non tollererà l'applicazione di pomate ma soltanto di polveri o di impacchi umidi, l'altro mostrerà una accentuazione dei fatti infiammatori ogni volta che si tenterà di passare ad una medicazione occlusiva, un terzo invece non guarirà che quando si ricorrerà a questo tipo di medicazione. Con questo è facile comprendere come non si possano dare norme terapeutiche analoghe per tutti gli eczematosi, si deve però innanzi tutto fare la distinzione fra eczemi acuti e cronici, ricordando la norma generale che quanto più torpido è l'aspetto della dermatosi tanto più intensiva deve essere la cura locale.

All'inizio di un eczema acuto che ci si presenta con manifestazioni fortemente infiammatorie, spesso a tipo orticarioide — stadio eritematoso e papuloso — bisogna, quando è possibile, fare una cura causale, e cioè allontanare la causa esterna produttrice dell'eczema. Si pensi specialmente a contatti professionali con sostanze chimiche, a medicamenti non tollerati, all'uso di indumenti di lana a diretto contatto della cute ecc. E si procuri anche di tener lontani tutti gli altri stimoli esterni verso i quali gli eczematosi sono specialmente sensibili, e cioè l'acqua, il sapone, i medicamenti improprii, gli effetti del grattamento. Provvedendo a questo basta talvolta l'uso di una semplice polvere inerte (ad es. ossido di zinco, talco aa) o dell'olio allo zinco di Lasser (ossido di zinco 30,0, olio di ulivo 20,0) per ottenere la regressione della dermatosi. Più spesso però bisognerà ricorrere a degli impacchi umidi, assolutamente indicati quando poi l'eczema abbia raggiunto lo stadio vescicolare o si sia presentato d'*emblée* sotto questo tipo. Ottima a questo scopo è la soluzione di acido borico al 3 %, buona anche quella di acetato di alluminio 1 %. (il popolare essigsaure Tonerde dei tedeschi del quale però si è recentemente affermato che, specie se usato un po' a lungo, può riuscire irritante) e di resorcina 1-2 % che unisce all'azione decongestionante e calmante un leggero

potere antisettico, utile quando vi siano infezioni associate.

La stessa cura può essere continuata anche nello stadio crostoso, bisogna però in questo caso provvedere anche all'allontamento delle croste il che si farà nel modo migliore con dei batuffoli di cotone bagnati in olio di oliva, o applicando per qualche tempo su la chiazza di eczema un ritaglio di tela pure intriso di olio.

Ottenuta così la diminuzione dei fatti infiammatori ed iniziandosi, con la caduta delle croste, la riepitelizzazione dei focolai eczematosi — e quando questa si facesse troppo attendere si potrà ricorrere a pennellature con nitrato di argento all'1-2 % — si può passare all'impiego di paste o pomate. Le prime sono costituite da miscugli di grassi e polveri inerti per lo più a parti eguali, e riunirebbero, secondo alcuni, i vantaggi delle polveri e quelli delle pomate. Conservando, per quanto più attenuata, l'azione emolliente di queste hanno il pregio di essere meno irritanti e di rendere superflua la protezione delle parti ammalate con un bendaggio, necessario quando si faccia uso di pomate. La più conosciuta è la pasta di zinco di Lassar (vaselina 50,0, ossido di zinco, amido aa. 25,0) in cui le proporzioni del grasso e delle polveri possono essere variate a seconda della stagione per mantenere alla pasta la consistenza voluta. Sostituendo all'eccipiente grasso sostanze liquide, per lo più acqua e glicerina a parti eguali, si ottengono le così dette paste all'acqua, di consistenza piuttosto molle. Queste trovano una speciale indicazione in tutti i casi, più numerosi di quanto si creda, di intolleranza verso i grassi, e sarà perciò bene non dimenticarle quando, con l'applicazione di paste o di pomate, si abbia un ritorno di fenomeni infiammatorii. Vanno conservate in recipienti chiusi, e poichè si tratta non di soluzioni ma di sospensioni, bisognerà energicamente agitarle prima dell'applicazione.

In molti casi, continuando nell'uso di paste o di pomate anche nell'ultimo stadio dell'eczema acuto, cioè nello stadio squamoso, sarà possibile giungere alla guarigione; in questa eventualità è di somma importanza ricordare al paziente di attenersi ancora per qualche tempo alle precauzioni in precedenza raccomandategli, e principale tra queste la limitazione al puro indispensabile dell'uso dell'acqua e del sapone.

Per quanto riguarda la terapia locale degli eczemi cronici va innanzi tutto ricordato come nel corso spesso estremamente lungo di questi sia facile osservare di tempo in tempo delle riacutizzazioni, durante le quali i tegumenti già ammalati si infiammano notevolmente e l'eruzione tende ad estendersi nelle parti circostanti primitivamente sane. Queste *poussées* vanno naturalmente trattate come gli eczemi acuti. Ma anche in tutti gli altri casi, e cioè negli eczemi francamente torpidi e in cui ai fatti essudativi si sono sostituiti i proliferativi che portano poi all'ispessimento della cute, sarà quasi sempre necessario fare in primo tempo delle semplici applicazioni emollienti per non giungere che a gradi, dopo aver saggiata la suscettibilità della cute del paziente, all'uso di topici energici. A questo scopo Schäffer ha fissata la sua « scala dei medicamenti antieczematosi », che può servire di guida ricordando che i più attivi sono anche i più irritanti.

Riporterò dall'elenco di Schäffer i più noti medicamenti e precisamente, andando dai meno ai più attivi: ossido di zinco, sottonitrato di bismuto, acido borico, acido salicilico, resorcina, solfo precipitato, ittiolo, tigenolo, tumenolo, antrasolo, olio di cade, catrame minerale, acido pirogallico, crisarobina. A questi due ultimi non si farà ricorso che in casi di eczemi inveterati e che da tempo non mostrino *poussées* infiammatorie. Tutti questi medicamenti vanno in genere incorporati in proporzioni varie, talvolta associati uno con l'altro, nelle comuni paste e pomate, o, quando vi sia intolleranza ai grassi, nelle paste ad acqua ricordate più sopra. Sarà in genere necessario ricorrere alla medicazione occlusiva con la quale, oltre ad ottenere che il medicamento rimanga meglio e più a lungo in posto, se ne aumenterà l'azione in profondità. Si procederà perciò generalmente così: la pomata distesa su un ritaglio di tela della grandezza e forma approssimativa del focolaio eczematoso, viene applicata sul focolaio stesso e tenuta in posto con numerosi giri di fascia. Si farà attenzione perchè la fasciatura, pure non comprimendo le parti ammalate tenga bene in posto la medicatura, e ciò dico perchè spesso eczemi si hanno in regioni (viso, genitali, pieghe articolari), in cui la fasciatura richiede speciali accorgimenti di tecnica. La medicazione sarà di norma mutata ogni 24 ore e prima di procedere all'applicazione del nuovo strato di pomata si farà un'accurata detersione del focolaio eczematoso con cotone imbevuto di olio di oliva o di mandorle dolci.

Tra quelli che abbiamo elencati i medicamenti più importanti nella cura degli eczemi cronici sono le diverse varietà di catrame, ottenute, come è noto, per distillazione secca del legno o del carbon fossile. Abbiamo così dei catrami vegetali (olio di cade preparato dal ginepro, olio di betulla, olio di faggio, ecc.) e un catrame minerale. La loro attività terapeutica negli eczemi sarebbe molteplice, ma non si sa ancora con sicurezza a quali dei numerosi componenti dei catrami stessi (derivati fenolici, cresoli, basi piridiniche, ecc.) attribuirla. L'azione antipruriginosa sarebbe da riportare agli olii empireumatici che, facendo contrarre i vasi dello strato papillare e subpapillare, diminuirebbero l'iperemia: togliendo ossigeno ai tessuti, i catrami

avrebbero le proprietà dei topici che Darier chiama riduttori: cheratoplastici, antisettici, calmanti in debole concentrazione, irritanti ed esfolianti in concentrazioni più forti. Mentre i catrami vegetali sono specialmente indicati in altre dermatosi, quali la psoriasi, le parapsoriasi, gli eczemi seborroici, ecc. è generalmente al catrame minerale che bisogna ricorrere nella cura degli eczemi cronici, incorporandolo ad una comune pasta in concentrazione crescente per giungere in alcuni casi all'applicazione del catrame puro. Indicazioni analoghe al catrame minerale hanno alcuni prodotti di distillazione di schisti bituminosi ed olii minerali la cui caratteristica è di contenere anche più o meno solfo, quali l'ittiolo, il tigenolo, il tumenolo. Ottimi tutti, è specialmente raccomandabile il tumenolo a contenuto molto debole di solfo; la mancanza quasi assoluta di proprietà irritanti ne permette l'uso anche in stadi relativamente acuti della dermatosi.

Accanto alla terapia medicamentosa negli ultimi anni ha ottenuto diffusione ed importanza sempre maggiore la terapia fisica, per lo più sotto forma di raggi ultravioletti e di raggi Roengten. Per ragioni molteplici tra le quali la comodità del poter rinunziare all'uso di pomate, sempre fastidioso e incomodo, la possibilità di curarsi senza per questo rinunziare alle proprie occupazioni, ecc. medici e pazienti si sono rivolti con un entusiasmo forse eccessivo, a questo genere di trattamento. Dirò subito che per quanto riguarda la fototerapia le aspettative sono andate in parte deluse, tanto che si può dire che se talvolta i raggi ultravioletti possono rappresentare una utile aggiunta alla comune terapia medicamentosa, è ben raro che siano essi soli in grado di portare a guarigione un eczema. Assolutamente controindicato è il loro uso nelle forme acute e subacute, dove, per la loro azione iperemizzante non potrebbero che produrre un aumento dei fenomeni infiammatori. Qualche buon risultato si può ottenere nelle forme sub-croniche senza eccessivo ispessimento della cute; più l'eczema tende alla cronicità vera più, volendo ricorrere alla terapia fisica, si entra nel dominio della Röntgenterapia. I buoni risultati che alcuni autori riferiscono di aver ottenuto in eczemi a base costituzionale, specie in donne e bambini anemici e in soggetti scrofolosi sarebbero più da riportarsi alla azione tonica generale della luce attinica che non ai suoi effetti locali.

La Röntgenterapia rappresenta invece un vero progresso nella cura degli eczemi, ma l'estrema precisione richiesta nella tecnica delle irradiazioni, nella dosimetria, nella scelta dei casi adatti, ne fa un metodo di cura alla portata soltanto del dermatologo, che sia contemporaneamente provetto in fatto di terapia fisica. È bene però che anche il medico generico sappia qualche cosa su questo argomento, anche per essere in grado di giudicare volta per volta se è o no il caso di ricorrere a questo genere di terapia. L'azione dei raggi Röntgen si esplica sui sintomi subbiettivi e obbiettivi. Subbiettivamente è notevole l'azione antipruriginosa che si ha talvolta a distanza soltanto di poche ore dalla irradiazione, molto prima cioè che si possano vedere modificazioni della sintomatologia clinica obbiettiva. Si viene così, come giustamente osserva Kreibich, a rompere il circolo vizioso tanto spesso causa della cronicità degli eczemi e cioè: prurito, grattamento, di qui accentuarsi dei fatti infiammatori e di conseguenza aumento del prurito e così via. Obbiettivamente l'irradiazione agisce influenzando favorevolmente la evoluzione istologica dell'eczema verso la guarigione. Acantosi, paracheratosi, infiltrati dermici rappresentano focolai istologici formati da cellule giovani in proliferazione vivace e perciò eccezionalmente radiosensibili. I fenomeni infiammatori, qualche volta dopo una transitoria riacutizzazione, regrediscono rapidamente, la desquamazione diminuisce, e finalmente, e questo è in genere l'effetto più costante e maggiormente importante della irradiazione, i focolai più infiltrati, talora lichenificati, mostrano una rapida diminuzione dell'infiltrazione e la cute può con le successive irradiazioni ritornare ad uno stato completamente normale, se pure talvolta con un certo grado di pigmentazione.

Quest'ultima possibilità deve rendere molto guardinghi quando si tratti di parti scoperte, specie del viso; si abbia in questi casi l'avvertenza di irradiare a campo libero, senza cioè coprire con piombo o gomma al piombo le zone circostanti al focolaio eczematoso, e così l'eventuale pigmentazione non avrà limiti troppo netti, ma piuttosto sfumerà verso le parti sane.

Quanto alle indicazioni della Röntgenterapia ricorderò che questa, a detta di parecchi autori, agisce negli eczemi in modo molto analogo a quello del catrame. Analoghe perciò ne sarebbero le indicazioni. Sono certamente gli eczemi cronici quelli che reagiscono meglio ai raggi Röntgen; con questi si può a volte ottenere la guarigione di vecchi focolai resistenti ad ogni altro genere di trattamento locale. Possono essere però irradiate anche forme subacute, specie in alcune regioni (ad esempio risultati per lo più ottimi si hanno nell'eczema dell'areola mammaria, anche allo stadio umido) e, naturalmente, con dosi minori.

Va qui ricordato però che anche la Röntgenterapia non rappresenta una terapia etiologica dell'eczema, ma, come ogni altro trattamento esterno, soltanto una terapia locale e sintomatica che va perciò, quando questo sia possibile, associata alla terapia causale.

Anche la possibilità di recidive rimane dopo una serie di irradiazioni; le recidive sono però forse più rare e più tardive che non dopo un trattamento medicamentoso. Accade però talvolta, se pur raramente, e specie negli eczemi professionali, che le recidive, dopo la Röntgenterapia, vengono completamente a cessare, anche se il paziente continua ad avere contatti con le sostanze che in precedenza gli producevano l'eczema. Si ha così l'impressione che le irradiazioni abbiano provocato un cambiamento nella reattività cutanea di fronte a determinati stimoli.

La Radiumterapia è stata usata per il trattamento di focolai eczematosi poco estesi e specialmente refrattari; si sono a volte avuti dei buoni risultati. La terapia coi raggi « limite » di Bucky, ottenuti con tensioni di 8-10 Kilo-volt in tubi forniti di finestra Lindemann (che il vetro comune non sarebbe permeabile a irradiazioni talmente molli) è, si può dire, ancora allo studio. Di fronte ai raggi Röntgen presenterebbero il vantaggio di escludere la possibilità di atrofie e di telangectasie essendo la loro azione tutt'affatto superficiale; questa affermazione di Bucky non è stata però universalmente accettata, e alcuni risultati sperimentali sembrerebbero contraddirla. Sia qui soltanto ricordato che negli eczemi, come in una serie di altre affezioni, Bucky e alcuni altri affermano avere ottenuto successi brillanti.

Volendo essere completi bisognerebbe ora accennare alla terapia speciale delle diverse localizzazioni dell'eczema; questo richiederebbe però una trattazione eccessivamente lunga, e che esorbita dal tema che mi ero proposto: quello di indicare brevemente le norme che guidano oggi nel trattamento di un'affezione che, varia e molteplice nei suoi aspetti clinici, anche nel campo terapeutico mette talvolta a dura prova la perizia del medico.

NOTE E CONTRIBUTI.

Divisione Chirurgica del R. Ospedale di Grosseto

diretta dal Prof. ORESTE CIGNOZZI.

La bismutoterapia nelle tubercolosi chirurgiche

per il dott. BONACCORSI ANTONINO, aiuto.

Un processo tubercolare chirurgico contemporaneamente all'azione locale dovuta a prodotti intraprotoplasmatici del bacillo che apportano delle modificazioni locali nei tessuti, svolge nell'organismo del paziente un'azione generale provocata da veleni extraprotoplasmatici elaborati dallo stesso bacillo (tubercolina, acido tubercolinico, nucleina tubercolare e tubercolisina).

Questa nozione generale sulle affezioni tubercolari che rientrano nel campo chirurgico, ha una importanza fondamentale per il criterio curativo che noi dobbiamo seguire nel trattamento di molte localizzazioni cosidette chirurgiche del bacillo di Koch.

Non vi è dubbio che nella gran maggioranza di queste lesioni tubercolari si rispetta il precetto della conservazione e della cura incruenta, benchè certamente esistono delle indicazioni operatorie in processi tubercolari con associazioni microbiche o con localizzazioni circoscritte e ben definite.

Il problema che io mi propongo di tratteggiare brevemente non riguarda assolutamente i precetti terapeutici delle tubercolosi chirurgiche, se convenga cioè o meno un trattamento operatorio demolitivo o una terapia conservatrice.

Io voglio soltanto portare il mio contributo di numerose esperienze su un rimedio curativo delle tubercolosi chirurgiche sia quando è il caso (e lo è nella maggioranza) di adottare un trattamento incruento, sia quando si rende consigliabile un intervento operatorio.

Due concetti sull'indirizzo del mio primario mi hanno guidato in queste ricerche cliniche:

1) da una parte la nozione che un processo tubercolare chirurgico, oltre i fenomeni locali nell'organo affetto, genera sempre in tutto l'organismo colpito delle reazioni generali che caratterizzano lo stato tubercolare di questi pazienti;

2) dall'altra parte un certo parallelismo clinico e sintomatologico di alcune lesioni chirurgiche tubercolari con quelle prodotte da altri protozoarii e specialmente con le lesioni terziarie della sifilide.

Questi due criteri fondamentali mi hanno spinto a sperimentare gli effetti che nelle tubercolosi chirurgiche poteva produrre qualche medicamento che si era affermato vantaggioso ed a volte prodigioso nella cura della lues.

Per tale ragione da 4 anni esperimento clinicamente l'azione terapeutica dei sali di bismuto in tutte le più svariate forme di tubercolosi chirurgiche.

Il Cignozzi, dopo numerose esperienze di diversi preparati bismutici, era venuto nella convinzione della superiorità terapeutica dei sali di bismuto e precisamente del metilarsino citro-bismutato sodico.

Le mie esperienze cliniche quindi sono state eseguite sia con questo sale arsenicale di bismuto, in sospensione acquosa, nelle proporzioni di gr. 0.10 di sale attivo, equivalente a gr. 0.034 di bismuto metallico, per ogni due cmc. di acqua distillata, sia con altro sale di bismuto (bismuto metilarsinico) fornitomi gentilmente dalla casa Bayer, nelle proporzioni di ctg. 10 per ogni cmc. di acqua distillata.

Le modalità di somministrazione del farmaco sono state in linea generale le seguenti: iniezione endomuscolare nelle regioni glutee di 2-3 cmc. della soluzione per 5 giorni consecutivi, seguiti da altra serie di 10 iniezioni a giorni alterni e successivamente da una terza serie di 10 iniezioni ogni 3-4 giorni. Tra una serie e l'altra interponevo un intervallo di una settimana di riposo allo scopo di attendere la eliminazione del bismuto in eccesso e di sorvegliare meglio gli effetti della cura.

In totale in ogni ciclo curativo, somministravo da due a tre gr. di metarsino citrobismuto o da 4 a 6 gr. di bismuto metilarsilinico.

Nei fanciulli tale dose complessiva è stata ridotta in proporzione dell'età a circa metà od un terzo della dose per adulti.

Il ciclo di iniezioni suddescritto in alcuni pazienti è stato ripetuto dopo 6-8 mesi dal primo, quando vedevo la necessità di insistere nella terapia iniziata.

I casi da me trattati e sorvegliati comprendono pazienti di svariate forme di tubercolosi chirurgica ricoverati nell'ospedale o presentati alle mie cure ambulatorie e domiciliari durante 3 anni.

Le lesioni tubercolari chirurgiche da me trattate con la terapia arsenobismutica possono così raggrupparsi:

1) forme ghiandolari, con o senza seni fistolosi, pazienti n. 38;

2) forme osteo-periostali, con o senza seni fistolosi, pazienti n. 23.

3) forme epididimarie, con o senza seni fistolosi, pazienti 12.

4) forme articolari sinoviali, con o senza seni, pazienti 21.

5) forme peritoneali, con o senza seni, pazienti 3.

Non è necessario che io riferisca dettagliatamente su ogni singolo caso, aumentando inutilmente la mole della presente nota clinico-terapeutica.

Farò invece uno studio d'insieme dei risultati ottenuti, onde valutare quali reali vantaggi ci possa dare la terapia dei sali arsenicali di bismuto nelle tubercolosi chirurgiche.

Gli studi precedentemente compiuti sull'azione terapeutica locale e generale del bismuto sono numerosi e completi per ciò che riguarda particolarmente la lues.

Dopo i primi esperimenti di Balzer nel 1889 e successivamente di Santon e Robert nel 1916 e di Saresac e Levaditi nel 1920, molti autori hanno confermato i benefici risultati del bismuto (tartrabismutato di sodio e potassio-citrato di bismuto ammoniacale-iodo-bismutato di chinina) in sospensioni acquosa ed oleosa, nella sifilide sperimentale ed in quella umana.

Per tali esperienze resta dimostrato che: i sali di bismuto sono molto ben tollerati, sono di una tossicità molto minore degli arsenobenzoli e mercurio, sono efficaci in tutte le forme di sifilide primaria, secondaria e terziaria; nella sifilide del sistema nervoso, in quella cardiovascolare, renale, oculare, epatica, nella tabe dorsale, paralisi progressiva, ecc.

Ma, oltre che nel campo della lues, la terapia bismutica va affermandosi ottima in svariate affezioni della patologia umana.

Secco ha adoperato con successo il bismuto (bisiacol I. S. M.) come terapeutico nel reumatismo articolare cronico.

W. Lanza Montana ottiene buoni risultati iniettando il bismuto in sospensione nelle fistole tubercolari.

Cignozzi esperimenta i sali arsenicali di bismuto nella sifilide, nella malaria e nelle tubercolosi chirurgiche e li trova efficaci.

Il campo delle applicazioni terapeutiche del bismuto si allarga sempre più man mano che si conosce meglio il suo meccanismo d'azione, il suo dosaggio, il metodo di somministrazione.

Numerose osservazioni ed esperienze fanno ormai convenire che i sali insolubili del bismuto presentano i più grandi vantaggi in confronto di quelli solubili che non hanno un'azione durevole, che vengono rapidamente

eliminati e che devono essere iniettati a brevi intervalli.

Il meccanismo d'azione del bismuto nell'organismo così bene studiato ed illustrato nei lavori di Levaditi, Girard, Nicolau, Schoer ecc. assicura che il bismuto metallico è capace di produrre delle importanti trasformazioni e modificazioni sia localmente in seno ai tessuti che lo imprigionano, sia nell'intero organismo dove provocano speciali fenomeni chimico-biologici.

Il bismuto provoca nel muscolo dove è stato iniettato fenomeni di diapedesi, di degenerazione e rigenerazione, seguiti da una organizzazione del tessuto interstiziale.

Esso resta imprigionato da una massa di polinucleari che lo dissociano, i leucociti degenerano ed il detrito porta a trasformazione profonda dei derivati bismutici.

Le modificazioni delle reazioni umorali non sono provocate dal sale bismutico tale e quale viene somministrato, ma da una speciale sostanza trasformatrice che esiste in vari organi (fegato, cervello, reni, polmoni, ecc.) detto bismogene che aziona sui bismuti originando uno speciale derivato detto dal Levaditi bismoxil.

Il bismogene è una sostanza organica colloidale con proprietà riduttrici, mentre il bismoxil ha proprietà parassiticide.

La nozione del meccanismo d'azione nel bismuto ci fa facilmente intuire che le modificazioni locali e generali da esso provocate potrebbero avere una importanza terapeutica non solo nella sifilide (come è stato largamente provato), ma anche in altre affezioni a carattere lento, cronico che potrebbero essere influenzate benevolmente dalle reazioni umorali dal bismuto direttamente od indirettamente generate.

Io non ho studiato tale problema che da un punto di vista esclusivamente clinico e sintomatologico e posso affermare che nelle tubercolosi chirurgiche ad esempio, il bismuto ha una notevole efficacia terapeutica generale e locale.

In quasi tutti i pazienti di tubercolosi chirurgica, studiati, ho ottenuto dei buoni risultati tanto per la lesione locale chirurgica, come per lo stato generale. Con questo non intendo certamente affermare di aver ottenuto sempre dei miracoli terapeutici, ma intendo che la bismuto-terapia nelle tubercolosi chirurgiche, in tanta inefficacia di risorse terapeutiche è certamente uno dei pochi mezzi a cui possiamo domandare qualche successo curativo. Dalle mie osservazioni risulta che le forme ghiandolari e le forme epididimarie sono quelle che risentono meglio l'efficacia della bismutoterapia. Anche nelle forme ossee (coxite, tubercolosi del ginocchio, del bacino, della colonna vertebrale, ecc.) in linea generale ho ottenuto dei buoni risultati ed in qualche caso addirittura sorprendenti; ma in esse l'effetto terapeutico è più lento ed occorre una dose più cospicua di bismuto con una cura più prolungata.

L'effetto terapeutico dei sali di bismuto nelle tubercolosi chirurgiche è molto vario e non assolutamente proporzionale all'entità della lesione locale nè alle condizioni generali del paziente.

Ho avuto dei casi di enormi linfomi, di gravi artrosinoviti, di grosse epididimiti che dopo alcune iniezioni di bismuto hanno mostrato dei risultati sorprendenti con miglioramento notevolissimo locale e generale e con netto indirizzo verso la guarigione.

Per contrapposto ne ho avuto degli altri che clinicamente sembravano di entità molto minore, con ottime condizioni generali, che risentivano appena l'efficacia della cura bismutica. In qualche resistente ho associato alla cura per iniezioni le applicazioni di raggi Roentgen e ne ho ricavato dei benefici evidenti.

Tale diverso comportamento dei pazienti di tbc. chirurgica devesi probabilmente a differenza qualitativa e quantitativa di reazioni umorali con cui i vari organismi rispondono all'eccitazione dei derivati di bismuto.

Non si può quindi, a mio parere, stabilire una dose tipo di somministrazione di bismuto, essendo opportuno variare tale dose in rapporto ai singoli individui ed in rapporto ai risultati clinici locali e generali che noi possiamo constatare.

Il costante esame delle urine, l'assenza di gengivite bismutica e di intensa cefalea ci possono bene consigliare sulla tollerabilità ed eliminazione del bismuto somministrato, e ci possono guidare a proseguire o sospendere la cura, senza eccessivamente preoccuparsi del numero delle iniezioni e della quantità totale di bismuto iniettato.

E' stato con tale criterio che io ho somministrato dosi totali di bismuto superiori a quelle di precedenti studiosi.

O effettivamente nei tubercolotici esiste una più evidente tolleranza ai sali bismutici, o probabilmente tale tolleranza è in rapporto alla qualità del sale adoperato ed alla sua proporzione del contenuto in arsenico.

I sali arsenicali di bismuto, sia per il loro

contenuto in arsenico, sia per l'azione del bismuto, oltre all'azione parassiticida da altri autori dimostrata per il treponema, presenta una spiccata efficacia ricostituente nell'organismo, oltre una attività speciale leucocitaria e fibroblastica locale, agendo sul granuloma tubercolare in modo simile che sulle lesioni luetiche. I risultati da me ottenuti con la terapia arseno-bismutica nelle tubercolosi chirurgiche sono davvero incoraggianti e promettenti e credo tale metodo curativo potrà entrare nella pratica medica con successo, corroborato e migliorato dalle esperienze di altri studiosi.

RIASSUNTO.

L'A. ha esperimentato l'efficacia dei sali arsenicali di bismuto nelle affezioni tubercolari chirurgiche, e viene alla conclusione che il bismuto, somministrato per iniezioni endomuscolari, presenta una spiccata azione terapeutica generale e locale.

BIBLIOGRAFIA.

W. LANZA MONTANA. Schw. Med. Wochenschrift, a. 54, 37.
GIORGI. Policlinico, fasc. 28, 1925.
ANTONELLI. Ibid., fasc. 35, 1925.
AMANTEA. Arch. di Farm. e Scienze affini, aprile 1924.
LEVADITI e GIRARD. R. Académie des Sciences, febbraio 1925.
TRUFFI. Giorn. It. Dermatologia e Sifilografia, 1924.
GALLIOT. Paris Médical, dicembre 1924.
SECCO. Policlinico, nov. 1927.
DOGALINO. Ibid., ottobre 1927.
LEVADITI, NICOLAU e SCHOEN. Inst. Pasteur, luglio 1926.
CIGNOZZI. Riforma Medica, n. 19, 1925.
ID. Rassegna Internaz. Clinica e Terapia, n. 10, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. OSPEDALE CIVILE DI MODIGLIANA

Rottura del muscolo retto addominale sinistro in gravida affetta da influenza.

Dott. RICCARDO CARNELLI, med. chir. primario.

Un caso molto interessante sia per la sua rarità, sia per le eccezionali condizioni fisiopatologiche in cui è avvenuto, nonchè per le difficoltà diagnostiche ed altre considerazioni cui dette luogo è quello, da me osservato, quest'anno, durante una epidemia influenzale, in donna gravida al 5° mese affetta essa pure da influenza.

Premetto subito che la diagnosi, data la gravità dei sintomi e l'urgenza d'apportarvi, in qualche modo, rimedio, fu soltanto possibile al tavolo operatorio.

C. G., d'anni 38, di Luigi, possidente, da Modigliana, il 7 febbraio 1929 fu colpita da gravissimo raffreddore con lagrimazione degli occhi, cefalea frontale intensa, abbondante scolo mucoso nasale e senso di scuotimento di tutti i denti. Il giorno 9 febbraio insorse tosse stizzosa, insistente con dolore retrosternale e febbre a 38°; difficoltà di espettorazione. Il medico curante fece diagnosi di influenza. All'ottavo giorno di malattia in seguito ad uno dei soliti molesti accessi di tosse la donna accusò un dolore acuto, come una puntura in corrispondenza del muscolo retto addominale sinistro a due dita trasverse dalla cicatrice ombelicale. Tale dolore si ripetè poi ogni volta che la donna tossiva. Ho già accennato che essa trovavasi in stato di gravidanza al 5° mese.

Visitatala una prima volta, dietro invito del collega curante, non potei constatare, localmente, alcunchè di anormale. La cute si presentava di aspetto e colorito normale. Le pareti addominali assai spesse, per adipe, non presentavano, alla palpazione, segni di infossamenti di smagliature, di fossette o di laparoceli nel punto doloroso avvertito dalla donna. Neppure si avvertiva tumefazione o pastosità. Si palpava invece benissimo l'utero gravido un po' a destra della linea mediana. La temperatura era di 37°,5. Polso 80.

Non avendo potuto stabilire una diagnosi esatta, ma facendo soltanto delle ipotesi, prescrissi lì per lì un calmante a base di eroina e codeina all'unico scopo di diminuire i fastidiosi accessi di tosse, che infatti cessarono e per 5 o 6 giorni non ebbi più occasione di rivedere la paziente che, in seguito, m'asserì d'esser stata assai meglio. Dopo quest'epoca, una notte (il 21 febbraio), durante un nuovo accesso di tosse, un po' più insistente, la donna avvertì nuovamente il dolore, nel solito punto, ed in modo assai più grave. Ella affermò che questa volta le parve di aver avuto come una « stillettata » e che l'utero le fosse d'un tratto ingrossato, tantochè quando

accorsi al suo letto, la trovai che, istintivamente si comprimeva il ventre colla mano sinistra, perchè, diss'ella, temeva di abortire.

Esame obiettivo. — La donna trovavasi in grave stato di anemia acuta. Aspetto pallidissimo. Sudore perlaceo alla fronte. Polso piccolo, depressibile, frequente (120 p.), voce afona. L'ispezione dell'addome metteva in vista un tumore ovoidale della grossezza d'una testa di bimbo, col maggior asse parallelo alle pareti addominali, situato un po' più verso sinistra e, cosa assai notevole e preoccupante, lo si vedeva crescere minuto per minuto. D'altra parte l'aspetto della cute soprastante non lasciava intravedere alcun segno di ecchimosi o d'infiltrazione ematica. Colla palpazione non si avvertiva scricchiolio o pastosità speciale tantochè supposi si trattasse dell'utero gravido tanto più che esso non era altrimenti nè altrove palpabile. Anche il reperto negativo di emorragia dai genitali esterni e l'assenza assoluta di emorragie pregresse valsero a convincermi che si trattasse d'una complicazione patologica della gravidanza e pensai ad un distacco precoce di placenta normalmente inserta con emorragia interna. D'altronde sapendo che la donna era anche affetta da influenza, non è da meravigliarsi che questa temibile complicazione avesse potuto facilmente verificarsi.

Consigliai pertanto di portare subito la donna, in Ospedale ove decisi senz'altro, per l'aggravarsi dei sintomi, di sottoporla alla laparatomia.

Operazione. — 21 febbraio 1929, ore 7. In cloronarcosi, pratico la laparatomia mediana sottombelicale, procedendo a strati. Prima di aprire il peritoneo, subito a ridosso di esso, vedo comparire dal margine sinistro del taglio, alcuni grumi di sangue che mi mettono subito sull'avviso che l'emorragia deve essere prevalentemente extraperitoneale.

Seguendo infatti questi coaguli a sinistra e per via smussa fra peritoneo ed aponevrosi profonda del muscolo retto addominale penetro, con un dito, in una vasta sacca piena di coaguli sanguigni che asporto e noto, insieme con essi, la presenza di alcune fibre muscolari ed aponevrotiche completamente distaccate. Svuotata completamente la cavità mi accorgo che il ventre del muscolo retto addominale sinistro trovasi in stato di sfacelo e diviso in due, con i monconi frastagliati e retratti e la cavità era occupata da un vasto ematoma che formava il tumore poc'anzi notato.

Procedendo nell'esame dei tessuti sottostanti, noto che il peritoneo ha assunto un colorito verdastro per imbibizione di pigmento ematico ed è friabilissimo, per cui, allo scopo di indagare se anche in cavità trovisi eventualmente del sangue divarico lateralmente all'esterno, il m. retto e vedo una piccola perforazione nella fascia trasversalis che, a questo livello, costituisce l'aponevrosi profonda del muscolo stesso e dalla quale fuoriesce infatti un po' di sangue scuro. Suturata questa con un punto apro per piccolo tratto il peritoneo sulla linea mediana ed intravedo l'utero gravido normale ma respinto all'indietro. Di fronte a tale reperto, mi limito a mettere un piccolo drenaggio nell'angolo inferiore della ferita peritoneale e zaffo serratamente la cavità laterale sinistra dell'ematoma, richiudendo parzialmente la parte superiore della ferita cutanea.

Decorso post-operatorio. — Il decorso post-operatorio è buono fino al 4° giorno, perchè l'emorragia è cessata: la temperatura pressochè normale 37,4, il circolo fecale si compie normalmente e l'ammalata non avverte altra sofferenza all'infuori della solita tosse un po' insistente ed accompagnata da notevole espettorazione bronchiale.

Alla mattina del 5° giorno dall'atto operatorio, compaiono i dolori del parto e la donna, come prevedevamo già, abortisce. È importante notare che pochi minuti prima che l'aborto si espletasse spontaneamente, con un esame speculare dalla vagina, ad utero completamente aperto intravidi anzichè la presenza di parti fetali quella di una placenta previa per cui, senza indugiare mi affrettai ad aiutare lo svuotamente dell'utero senza aver per altro alcuna emorragia.

Appena abortito, la donna peggiorò notevolmente.

La temperatura s'inalzò bruscamente (38°,2), il polso tornò ad assumere i caratteri di piccolezza e di frequenza notati altra volta, prima dell'operazione, ed insorse una broncopolmonite acutissima, che portò a morte la donna entro 12 ore.

Il caso esposto è così eccezionale per le sue diverse coincidenze patologiche che, per quanto abbia cercato nella letteratura, non mi consta ne esista uno consimile.

Mentre è noto che rotture di muscoli e specie degli adduttori, degli psoas e dei retti addominali sono state osservate con una certa frequenza, dopo il tifo, il vaiuolo, la scarlattina, la sifilide ecc. non mi è stato possibile rintracciare un caso di rottura di muscoli addominali in seguito ad influenza e per di più in donna gravida, ciò che aggiunge al caso maggiore importanza.

Sappiamo che la rottura patologica d'un muscolo avviene per alterazione della sua struttura e specialmente per degenerazione cerea o ialiana e per degenerazione granulo adiposa. « Questa alterazione, come afferma Bonome « (in *Trattato di Anat. Patol.* del Foà) può ve- « rificarsi acutamente nel corso di malattie in- « fettive, come per es., nel tifo addominale, « soltanto però in qualche raro caso, indipen- « dentemente dalla gravità dell'infezione ed ha « sede per lo più nei muscoli retti dell'ad- « dome ».

La degenerazione cerea descritta per la prima volta da Zenker nei muscoli a fibre striate specialmente nel miocardio e nei retti addominali è caratterizzata microscopicamente dalla scomparsa graduale delle striature trasversali e longitudinali delle fibre e dalle metamorfosi della miosina in una sostanza amorfa giallastra simile alla cera. In seguito a questa trasforma-

zione le fibre perdono la proprietà contrattile e diventano estremamente friabili. Sul come, però, si formi, questa sostanza, regnano ancora grandissime incertezze giacchè è stata riscontrata in condizioni patologiche svariatissime, (tifo addominale, febbre puerperale, difterite, pseudoipertrofia muscolare ecc.). La dottrina più accetta è quella secondo la quale la degenerazione cerea dipende da un processo di coagulazione della miosina ed in favore di essa sta il fatto che si può produrre degenerazione cerea, determinando ischemia nei muscoli.

Premessi questi ricordi di patologia generale vediamo se esistono nel nostro caso le condizioni anatomopatologiche che ci spieghino le successioni morbose osservate. La donna in cui si verificò la rottura muscolare era indubbiamente affetta da influenza, che invase, a tappe, tutto l'apparato respiratorio. Dall'iniziale e gravissimo raffreddore di testa, dall'insorgenza d'una tosse insistente ed accompagnata da espettorazione bronchiale fino all'esiziale broncopolmonite, la gravità dell'infezione influenzale appare in tutta la sua evidenza. Non v'ha dubbio perciò che in lei facesse difetto la principale condizione etiologica, capace d'indurre la sovraccitata degenerazione delle fibre muscolari dei muscoli retti addominali.

Anche l'epoca di comparsa del primo dolore accusato dalla donna (8° giorno di malattia) e della susseguente rottura muscolare verso il 15° giorno dall'inizio dell'influenza, ci possono, secondo me, illuminare sulla successione dei fatti morbosi.

Afferma il Bonome che « la degenerazione muscolare può verificarsi acutamente nel corso della malattia infettiva indipendentemente dalla gravità dell'infezione » perciò non è illogico pensare che nel nostro caso, degenerazione muscolare già si fosse formata acutamente all'inizio dell'influenza e che il primo dolore accusato dalla donna, in seguito ai colpi di tosse, ad altro non fosse dovuto che ad una rottura fibrillare del muscolo. In seguito persistendo la tosse e ripetendosi il dolore, probabilmente altre fibrille sono andate rompendosi, finchè al 15° giorno di malattia, si ebbe una vera rottura fascicolare. In tal modo è possibile spiegare anche l'aspetto verdastro e la friabilità del peritoneo, constatate all'atto operatorio, e dovute ad imbibizione ematica e degenerazione della sierosa che non possono altrimenti essersi stabilite d'emblée, subito dopo la rottura del muscolo. D'altra parte non deve sfuggire l'importanza che la gravidanza ha d'indurre nell'organismo della donna, notevoli alterazioni funzionali del ricambio, aggravando il decorso delle malattie materne accidentali ed in ispecie delle malattie infettive le cui complicazioni sono più facili a verificarsi. Inoltre l'importanza della gravidanza appare anche dal fatto che l'utero appena raggiunge un certo volume esercita fatti meccanici di compressione e di stiramento oltrechè sugli organi circostanti anche sulle pareti addominali che si distendono e si assottigliano a spese della loro elasticità. E sono specialmente i retti addominali anteriori e le pareti laterali quelle che subiscono il maggior grado di queste modificazioni. Non è quindi fuor di luogo pensare che le modificazioni strutturali della muscolatura addominale insieme ai disturbi circolatori che si verificano nella gravidanza e probabilmente favoriti, nel nostro caso, dalle alterazioni endoteliali indotte nei vasi, dai prodotti tossici dell'influenza, abbiano facilmente contribuito a provocare per ischemia la degenerazione cerea del muscolo addominanale sinistro che, sotto i ripetuti colpi di tosse si è rotto.

Il prodursi dell'ischemia potrebbe, secondo me, anche imputarsi al fatto che l'utero durante la sua ascensione addominale oltrechè non conservarsi sempre mediano, gira attorno al suo asse longitudinale per modo che il *suo margine sinistro* guarda prevalentemente all'avanti e quindi è più a contatto colle pareti addominali. Nel caso nostro esisteva un utero gravido di 5 mesi in cui questa rotazione era presente per cui è lecito pensare che specialmente durante i colpi di tosse, il margine sinistro venisse a comprimere la parte posteriore sinistra del muscolo retto ove appunto decorre l'arteria epigastrica in qualche ramo della quale, questa compressione continua o frazionata può avere indotto ischemia.

Se dunque, all'infuori dello stato gravidico, è generalmente ammesso che la rottura fascicolare d'un muscolo sia favorita da tutte quelle condizioni che ne alterano la struttura, nel caso in esame, ci sembra che queste condizioni esistano a dovizia e siano rappresentate oltrechè dall'infezione influenzale, dalla gravidanza per se stessa e da tutte le altre modificazioni che essa induce nell'organismo della donna. Anche dal *lato anatomopatologico* il nostro caso ci sembra interessante inquantochè l'operazione ci ha messi in grado di spiegare il perchè dell'assenza di certi sintomi dell'ematoma. La rottura del muscolo retto addominale entro la sua guaina aponevrotica robusta e sotto uno strato d'adipe come presentava la donna, è una *rottura profonda*, perciò non

poteva dar luogo d'emblée a nessuno dei tre segni caratteristici che servono a diagnosticare una rottura muscolare. Queste rotture non formano nè un vuoto apprezzabile, nè una tumefazione netta, nè l'ecchìmosi superficiale che appare tardivamente e che « è il solo sintomo, dice il Forgue, sul quale oltre che sul dolore si possa basare la diagnosi ».

La presenza inoltre d'un utero gravido al 5° mese rendeva facile la confusione tantopiù quando si pensa che l'ematoma aveva tendenza a portarsi verso la cavità addominale e respingeva l'utero in cavità tanto da renderlo introvabile colla palpazione. Dal *lato clinico* ed anche *diagnostico* il caso è altrettanto interessante inquantochè l'etiologia ed il quadro morboso d'una rottura muscolare addominale come la nostra è pressochè simile a quello d'un'emorragia interna per distacco precoce di placenta normalmente inserta.

Fra le diverse cause infatti che possono favorire l'una o l'altra affezione sono ricordate dagli autori, le malattie infettive acute. Queste nel caso di rottura di fibre muscolari inducono, come abbiamo detto, alterazioni della struttura per degenerazione vitrea o granulo adiposa; nel caso, invece, di distacco precoce della placenta, agiscono rendendo oltremodo fragile l'impianto di quella sull'utero per le alterazioni morbose che lacerano il tessuto placentare e ne provocano il distacco.

Nell'un caso e nell'altro è ovvio pensare come sotto l'azione di piccoli insulti meccanici possa verificarsi uno di questi accidenti.

L'influenza, infezione caratterizzata da sintomi prevalenti dell'albero respiratorio, possiede in alto grado, la capacità di questi insulti: gli accessi di tosse, gli sforzi di vomito, le contrazioni per singhiozzo influenzale ecc. possono benissimo provocare o la rottura di un muscolo patologicamente alterato od il distacco precoce d'una placenta normalmente inserta. Anche la sintomatologia è pressochè simile. Dolore brusco può aversi in ambedue i casi; però più intenso e come una « stillettata » nel caso di rottura muscolare addominale.

L'insorgenza d'un'anemia acuta, mentre è l'unico sintomo sospettabile d'un'emorragia interna in casi di distacco di placenta normalmente inserta, nei casi di rotture muscolari si ha soltanto per emorragia abbondante da rottura di vasi di grosso calibro, come nel nostro caso, in cui vi fu, certamente, rottura dell'epigastrica sinistra e quando l'ematoma, come abbiamo potuto constatare, trova facilità di espansione per mancanza di resistenze che vi si oppongono. Nella donna in esame, l'ematoma lo riscontrammo fra l'aponevrosi posteriore del m. retto ed il peritoneo quindi con facilità tendeva ad espandersi più facilmente verso la cavità addominale anzichè verso l'esterno, ciò che indusse anche nell'errore diagnostico.

Anche l'assenza assoluta di emorragie pregresse vaginali nella donna incinta; il riscontro vaginale negativo aggiunti alla palpazione e visione d'un tumore piriforme somigliante all'utero che sapevasi gravido di 5 mesi, nonchè la mancanza assoluta di ecchimosi cutanea facevano facilmente orientare la diagnosi più verso una grave complicazione gravidica che verso una rottura muscolare.

Dal *lato terapeutico* potrà, a prima vista, sembrare poco appropriata la laparatomia mediana sottombelicale che abbiamo scelta come unico mezzo per aggredire la lesione. Sappiamo benissimo che in altri casi ed in altre rotture muscolari, dove esistono piccoli ematomi, può bastare una semplice fasciatura compressiva ed in seguito il massaggio oppure l'incisione aponevrotica e l'affrontamento, mediante sutura, dei monconi muscolari ed in caso di rottura dei m. retti un'incisione paramediana senza aprire la cavità addominale, raggiungendo anche più facilmente lo scopo terapeutico. Ma l'eccezionale coincidenza della gravidanza e l'ipotesi d'emorragia interna dell'utero da distacco precoce di placenta normalmente inserta, ci fecero preferire la laparatomia mediana come quella indicata per aggredire più prontamente e direttamente l'utero gravido ed esplorare la cavità addominale.

D'altronde questo intervento si prestò, sia pure indirettamente e senza averne l'intenzione, anche ad esplorare la rottura muscolare che trovammo, per cui non ce ne siamo pentiti chè anzi ci servì non solo a zaffare la cavità dell'ematoma e ad aver ragione dell'emorragia, ma potemmo, contemporaneamente, esplorare la cavità peritoneale dove pure una certa quantità di sangue era penetrata. Del resto il decorso post-operativo, chirurgicamente prometteva benissimo ed in persona non affetta da influenza, credo, che sarebbe servito certamente per aver la guarigione.

RIASSUNTO.

Osservazione di un caso di rottura del m. retto addominale sinistro in una donna gravida affetta da influenza, caso interessante dal lato clinico e diagnostico, in quanto che l'eziologia ed il quadro morboso sono assai simile a quelli di emorragia interna per distacco precoce di placenta.

Istituto di Patol. e Clinica Medica della R. Univ. di Sassari.
diretto dal Prof. G. Sabatini.

Ittero da Plasmochina

per il dott. Andrea Manai, aiuto.

La scoperta della Plasmochina, derivato sintetico della chinolina, quale rimedio specifico contro la malaria apparve subito molto suggestiva e fu presa nella dovuta considerazione in quanto offriva vari vantaggi: posologia molto inferiore di fronte a quella del chinino; assenza di sapore amaro; presunta azione più forte e nel complesso migliore del chinino, ma sovratutto efficacia contro i gameti, i veri trasmettitori dell'infezione da uomo a uomo.

Le ricerche si susseguirono ben presto ed in generale si è parlato e si parla dei vantaggi del preparato e dell'azione di esso in tutte e tre le forme di infezione malarica, sia nel ciclo asessuato che sessuato.

Circa gli inconvenienti, all'infuori della cianosi che era già nota ai primi sperimentatori tedeschi, Muehlens (1) dice che la Plasmochina è una sostanza metaemoglobinizzante per cui un uso imprudente di essa può produrre dei fenomeni di intossicazione che non si sono mai verificati usando dosi opportune (1 centigrammo per ogni 10 kg. di peso in generale).

Io ho preso in considerazione il rimedio fin dal 1925, su vasta scala.

Ma come sempre, o spesso, avviene in chi è alieno da preconcetti sulla bontà o meno di un preparato rilevando e controllando i vantaggi di esso si riesce ad individualizzare qualche inconveniente più o meno grave.

Di uno di questi appunto intendo riferire in questa breve nota.

S. Salv., di anni 17, nubile, casalinga da Sassari.

Nel gentilizio dell'inferma non vi è nulla che possa richiamare l'attenzione.

Mestruata a 13 anni, le regole si presentarono sempre normali. Attende da qualche anno alle faccende domestiche e saltuariamente ai lavori dei campi; praticò sempre un'alimentazione mista.

L'anamnesi morbosa registra a 7 anni una forma febbrile, di breve durata, battezzata per influenza.

Pare non abbia sofferto forme esantematiche ed è stata sempre bene fino all'estate 1927 allorquando, nel mese di agosto, stando in campagna presentò accessi febbrili a tipo terzanario, i quali, preceduti da brivido più o meno intenso, scomparivano con profusa sudorazione. Ritenuta malarica fu curata con il chinino, ma senza regola alcuna; essendosi poi gli accessi febbrili ripetuti nell'ottobre e nel novembre, accompagnati da debolezza generale e facile stancabilità, si presentava all'ambulatorio antimalarico di Sassari, dove, fatta la diagnosi di infezione malarica, trovato nel sangue il plasmodium vivax, con lieve tumore di milza ed anemia secondaria, fu sottoposta a cura con la plasmochina semplice, nella dose di tre compresse al giorno, da prendere dopo i pasti.

La somministrazione di tale medicamento però non fu innocua alla paziente in quanto fin dal 2° giorno comparvero disturbi caratterizzati da cefalea, vertigini, nausea, dolori addominali, ed al 3° giorno emissione di urine molto scure ed una lieve colorazione gialla della cute. Sospeso tosto il medicamento i disturbi scomparvero dopo alcuni giorni residuando però cefalea, stanchezza, nausea, impossibilità al lavoro.

Vivendo in campagna per attendere ai lavori campestri ritornò in città verso la fine di febbraio 1928, ed avendo notato malessere generale cui fece seguito lieve rialzo termico, mal di gola, tosse con scarsa espettorazione, cefalea, dolori lombo-sacrali, si presentava nella nostra Clinica dove venne ricoverata.

E. O.: All'ingresso la temperatura è 37,4, il polso 76, ritmico, uguale, valido.

L'esame generale dimostra un soggetto in buone condizioni generali, con normale sviluppo scheletrico, masse muscolari e pannicolo adiposo bene sviluppati; lieve pallore della cute e delle mucose visibili; non edemi. Si apprezza qualche piccola linfoghiandola nelle regioni latero-cervicali, mentre nulla è dato rilevare negli altri distretti ghiandolari accessibili con la palpazione.

Il capo è mobile in tutti i sensi ed i movimenti sia attivi che passivi non risvegliano alcun dolore. Nulla a carico del cranio, della faccia, dei muscoli mimici, dei globi oculari; le pupille uguali reagiscono alla luce e all'accomodazione; la lingua, che è lievemente patinosa, non presenta alterazioni; le tonsille sono molto ingrossate ed arrossate e tale arrossamento si diffonde a tutta la retrobocca. A carico del collo nessun fatto patologico degno di nota. Tiroide non aumentata di volume nè di consistenza.

Torace: L'ispezione statica ci dice che la gabbia toracica è ben conformata con emitoraci simmetrici, poco pronunziate le fosse sovra e sottoclavicolari, l'angolo del Louis non sporgente, angolo epigastrico retto.

L'ispezione dinamica ci dice che gli emitoraci si espandono simmetricamente e le escursioni sono ampie. Il torace è elastico, senza punti dolorosi, il fremito vocale tattile si trasmette bene su tutto l'ambito.

Non si rilevano modificazioni patologiche di suono con la percussione comparata, non esistono modificazioni di resistenza plessica e tanto il limite degli apici come quello dei margini polmonari inferiori, anteriormente e posteriormente sono come di norma; gli spazi complementari sono liberi, lo spazio di Traube libero.

All'ascoltazione ronchi e sibili tanto a destra che a sinistra posteriormente.

L'itto cardiaco non è visibile e si palpa al 5° spazio intercostale di sinistra un po' all'interno dell'emiclaveare.

Percussoriamente il cuore è nei limiti ed all'ascoltazione i toni si apprezzano ritmici e distinti; non vi sono rumori aggiunti.

---

(1) Deutsch Med. Woch., 1927, n. 46.

Le arterie sono elastiche e compressibili.

Addome: simmetrico, con cicatrice ombelicale introflessa, trattabile, indolente, senza resistenze abnormi. La superficie palpabile del fegato è liscia, non aumentata di consistenza, col bordo inferiore che non oltrepassa l'arco costale sull'emiclaveare destra e col limite di ottusità superiore che arriva al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare.

Il polo inferiore della milza deborda di un dito sull'arco costale ed il polo superiore arriva all'8° spazio intercostale sull'ascellare media.

Nulla è dato rilevare a carico dell'apparato gastroenterico. Nulla a carico del sistema nervoso.

Le orine, che sono limpide e di colorito giallo arancio dànno: reazione acida; peso specifico 1025; albumina, glucosio, sangue, pigmenti biliari assenti; tracce lievissime di urobilina e nel sedimento solo cellule di sfaldamento delle ultime vie genito-urinarie.

Esame del sangue: globuli rossi 3.900.000; globuli bianchi 7200; emoglobina 78 %; valore globulare 1.

Formula leucocitaria: neutrofili 77,5; linfociti 16; monociti 5; eosinofili 1,5.

Lieve anisocitosi e poichilocitosi.

Assenza del parassita malarico negli strisci colorati.

Resistenza globulare normale.

Wassermann e Sachs-Georgi: negative.

Nelle feci, che sono formate, nulla si riscontra di patologico.

La paziente nei primi quattro giorni di degenza ha presentato lievi rialzi termici oscillanti fra 37,2 e 37,8; poi scomparvero e con essi il mal di gola, la congestione bronchiale, residuando solo un lieve ingrossamento delle tonsille, fatto esistente già da prima che la ragazza si ammalasse.

Rimessasi da tali disturbi ho voluto vedere se corrispondevano a verità i fatti accusati dalla paziente durante la somministrazione della plasmochina, per cui trattandosi di una malarica affetta in precedenza da terzana benigna, ho somministrato il preparato nella dose di una compressa il 1° giorno, di 2 il 2° e non avendo presentato disturbi di sorta di tre il 3° ed il 4° giorno dopo di che venne sospeso.

Riporto in succinto il diario:

5 marzo. Viene somministrata dopo il pasto della mattina una compressa da due centigrammi di plasmochina.

6 marzo. L'ammalata non ha presentato alcun disturbo e nelle urine non si è rilevato nulla di nuovo. Si somministrano due compresse di plasmochina.

7 marzo. Nessun disturbo subbiettivo ed obbiettivo. Nelle orine nulla di patologico. Vengono somministrate tre compresse di plasmochina, ciascuna poco dopo i tre pasti della giornata.

8 marzo. La paziente ha avvertito cefalea, malessere generale; sulle sclere è comparsa una lieve tinta itterica; subittero sulla cute; non prurito nè bradicardia; nulla si rileva all'esame dei singoli apparati. Le orine sono oscure, peso specifico 1025, non vi è nè albumina nè glucosio nè sangue; lievi tracce di pigmenti biliari; urobilina in quantità; prova di Hay negativa.

Vengono somministrate tre compresse di plasmochina dopo di che il preparato vien sospeso.

9 marzo. La colorazione gialla della cute e delle sclere è più intensa; non si apprezza ingrossamento del fegato ed il polo inferiore della milza deborda di due dita dall'arco costale.

Le orine sono più oscure con peso specifico 1028; albumina, glucosio, sangue assenti; pigmenti biliari presenti; urobilinuria intensa; nulla di speciale nel sedimento.

Bilirubina nel siero di sangue in notevole quantità.

L'esame del sangue dà: globuli rossi 2.950.000; globuli bianchi 4200; emoglobina 57 %; valore globulare 0,99.

Formula leucocitaria: neutrofili 67 %, eosinofili 4,5, basofili 1, linfociti 20,5, monociti 7.

Lieve anisocitosi, scarse emazie granulo filamentose.

Resistenza globulare 0,50, inizio dell'emolisi.

Stercobilina nelle feci presente.

10 marzo. Persiste ancora la cefalea; è evidentissima la colorazione giallastra della cute; il fegato non è ingrossato, la milza si mantiene aumentata di volume.

Le orine presentano ancora tracce di pigmenti biliari; urobilinuria intensa; nulla di speciale nel sedimento.

11 marzo. L'ittero tende ad attenuarsi. Nelle orine tracce minime di pigmenti biliari; l'urobilinuria è ancora evidente.

Bilirubina nel siero ancora in notevole quantità.

Nei giorni successivi l'ittero è andato scomparendo; l'urobilinuria si è mantenuta fino al 16 marzo. La malata si è gradatamente rimessa. L'esame del sangue praticato il 21 marzo ha dato:

Globuli rossi 3.850.000; globuli bianchi 5400; emoglobina 78 %; valore globulare 1.

Formula leucocitaria: neutrofili 67, eosinofili 4, basofili 1, monociti 7, linfociti 19.

Il 24 marzo ho voluto rifare la prova somministrando per due giorni tre compresse di plasmochina al giorno. Il quadro morboso al quarto giorno si era di già chiaramente reso manifesto come in precedenza; ittero evidente, orine oscure con tracce di pigmenti biliari, intensa urobilinuria e bilirubina nel siero di sangue.

Globuli rossi 2.960.000, globuli bianchi 5700, emoglobina 60 %.

Formula leucocitaria: neutrofili 60, linfociti 30, eosinofili 5, monociti 5. Scarse emazie granulose.

Resistenza globulare 0,34, 0,40, 0,52.

Stercobilina nelle feci.

L'ittero si mantenne intenso sino al 29, poi andò scomparendo gradatamente. Il 31 marzo l'urobilinuria è ancora intensa.

Le note cliniche, ematologiche, urinarie e coprologiche ci permettono di affermare in modo indubbio la natura emolitica dell'ittero e l'insorgenza di esso in rapporto con la somministrazione della plasmochina.

La colorazione gialla della cute e delle sclere non fu molto spiccata ma manifesta.

La mancanza di sintomi dovuti a riassorbimento di sali biliari, quali il prurito, la bradicardia; il fegato non ingrandito, la milza aumentata di volume, le urine con lievi tracce di pigmenti biliari ma con costante ed intensa urobilina; la diminuzione dei globuli rossi accompagnata da lieve anisocitosi e poichiloci-

tosi, il numero poco elevato di emazie con sostanza granulofilamentosa, la resistenza globulare diminuita, la bilirubina nel siero di sangue in notevole quantità, la stercobilina nelle feci son tutti dati che depongono per un ittero emolitico secondario a causa tossica, dimostrando che la plasmochina agirebbe sulle emazie rendendole più fragili.

Potremo domandarci se questa azione tossica sia solamente emolitica od anche epatolitica. Certo si è che di fronte ad una colemia notevole ed ai pigmenti biliari nelle orine si potrebbe pensare, essendo in presenza di un ittero manifesto, che vi sia stata una lesione della cellula epatica, ma per ora non abbiamo dati sufficienti per poterlo affermare.

Concludendo nel caso in parola la plasmochina ha determinato un ittero che può ascriversi agli itteri emolitici secondari a causa tossica.

RIASSUNTO.

L'A., durante le ricerche sull'azione terapeutica della plasmochina nella infezione malarica, ha potuto osservare un caso di ittero emolitico determinato dalla somministrazione di plasmochina semplice in dosi terapeutiche.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

Diabete e morbo di Basedow associati.

(M. LABBÉ e GILBERT-DREYFUS. *Paris Médical*, maggio 1929).

L'associazione del diabete col morbo di Basedow, si riscontra in clinica con una frequenza sufficiente a farci ammettere una vera relazione morbosa tra le due malattie.

Nella maggior parte dei casi il diabete e il gozzo esoftalmico evolvono insieme: per questo e per la frequenza della associazione M. Labbé ha pensato che potesse esserci un diabete tiroideo prodotto da un meccanismo patogenetico speciale, distinto da quello del diabete pancreatico.

In esso il disturbo della glicoregolazione sarebbe dovuto all'ipertiroidismo. Diversi organi partecipano alla funzione glicoregolatrice: tra di essi due sono antagonisti: il pancreas che abbassa la glicemia e fissa il glicogeno nel fegato, la tiroide che fa uscire il glicogene dal fegato, attivandone la trasformazione in glucosio.

Numerose esperienze sugli animali ed osservazioni cliniche sui basedoviani concorrono a mettere in luce l'ufficio dell'ipertiroidismo nella patogenesi del disturbo glicoregolatore e dimostrano che l'ipertiroidismo può dare origine ad un vero diabete, nel quale il fegato è divenuto incapace di trattenere il glicogene.

Da numerose esperienze fatte su vari individui risulta che quelle cure che agiscono favorevolmente sul gozzo esoftalmico, agiscono anche in egual misura sul diabete concomitante.

Gli AA. però in un caso da loro minutamente studiato hanno trovato che il miglioramento del diabete, con l'intermediario del miglioramento del gozzo esoftalmico, in seguito a cure adatte, non era così netto come si sarebbe sperato.

Essi perciò considerano il diabete basedoviano sostanzialmente come un diabete ordinario legato alla insufficienza della secrezione interna del pancreas, che però evolve simultaneamente al gozzo esoftalmico, ragion per cui è nettamente meno sensibile all'azione della dieta e dell'insulina.

La deficiente secrezione insulinica del pancreas e la ipersecrezione tiroidea si sommano insieme sì da produrre una forma grave di diabete, per curare il quale è necessario oltre la dietetica e l'insulinoterapia, curare anche il morbo di Basedow.

Però la guarigione del Basedow non riesce a sopprimere il diabete il quale solo viene a migliorare.

Resta ora il problema perchè il diabete è più frequente nei basedoviani che non nei soggetti ordinari. Forse l'ipertiroidismo è capace di svelare un diabete insulinico moderato, altrimenti latente, oppure si deve invocare una sinergia endocrina? Ulteriori studi si rendono necessari onde portare un po' di luce sull'importante argomento.

VICENTINI.

Il diabete sifilitico.

(L. LAFOURCADE. *Thèse de Paris*, 1928).

Si ritiene generalmente che l'origine sifilitica d'un diabete può essere ammessa quando si verifichino le seguenti condizioni: 1) il diabete sopravviene in seguito ad ulcera dura, 2) i disordini diabetici decorrono contemporaneamente e parallelamente alle manifestazioni sifilitiche; 3) il trattamento antiluetico fa scomparire o riduce i disturbi diabetici; 4) il regime antidiabetico non ha notevole influenza sul diabete.

L'A. ritiene che queste quattro condizioni siano troppo rigorose e che il diabete è una sindrome ancora poco nota in rapporto alla sua patogenesi e che è difficile precisare le condizioni che nei singoli casi lo facciano ritenere effettivamente provocato dalla sifilide. Può darsi che questa abbia provocato lesioni irreparabili degli organi che governano il me-

tabolismo del glucosio e che quindi anche cure antiluetiche intense non modifichino affatto il corso della malattia, ma è certo che il miglior criterio diagnostico è dato dalla terapia specifica, che dovrebbe in ogni caso essere tentata quando l'anamnesi ed altri fatti concomitanti facciano sospettare la coesistenza delle due affezioni.

Nel periodo primario il diabete è eccezionale, nel periodo secondario è anche raro ed in ogni caso lieve: la glicosuria è discreta, la poliuria non abbondante, il decorso lento.

È nel periodo terziario, otto-dieci anni dopo l'ulcera, che il diabete sifilitico è più frequente.

Lafourcade ne distingue varie forme:

a) La forma nervosa: si verifica insieme ad altri fenomeni terziari nel corso di una sifilide a tipo maligno che colpisce spesso parecchi organi. È accompagnata da altri accidenti cerebrali o midollari: crisi epilettiformi, paralisi bulbari, oculari, ecc. La poliuria e la polidipsia sono molto accentuate, il dimagrimento è rapido, le funzioni psichiche decadono;

b) La forma pancreatica: è più tardiva, 15-30 anni dopo l'ulcera. L'inizio è insidioso e lento: cefalea, facile stanchezza cerebrale e somatica, disturbi gastro-intestinali e qualcuno dei sintomi cardinali del diabete (poliuria, polifagia, polidipsia). Nei casi gravi l'inizio è più brusco con dolori intensi al punto pancreatico, che ricordano quelli della pancreatite acuta, vomiti e diarrea incoercibili. Il dimagrimento è rapido e intenso, la poliuria e la glicosuria abbondantissime. In qualche caso si può apprezzare con la palpazione l'ingrossamento del pancreas. Il decorso è rapido, la morte si verifica più o meno presto, il trattamento è inefficace;

c) Forma semplice senza apparenti lesioni nervose e pancreatiche. È il diabete sifilitico più frequente, il così detto diabetico parasifilitico degli antichi autori. L'inizio è lento, progressivo, insidioso. Lo stato generale buono, la sifilide anteriore è per lo più ignorata o ritenuta del tutto guarita, ed è svelata solo dalla Wassermann o da qualche piccola stigmata. La relazione tra il diabete e la sifilide il più delle volte si può affermare solo in base ai risultati del trattamento specifico, che deve essere molto energico.

Adunque in ogni caso di diabete si dovrà pensare alla possibilità della sifilide facendo ricerche anamnestiche, cliniche e umorali. In caso di sifilide precedente bisognerà praticare una cura specifica intensa e prolungata, che non è sintomatica ma ha azione diretta sulle lesioni che provocano il diabete.

Si potranno alternativamente adoperare il mercurio, il bismuto, l'arsenobenzolo, dando la preferenza a quest'ultimo. È ovvio che prima d'iniziare la cura deve essere esaminato lo stato del fegato e dei reni tenendo presente le eventuali controindicazioni. In ogni caso è conveniente cominciare con il mercurio e passare poi al bismuto e agli arsenobenzoli.

Allo scopo di verificare l'azione della cura e consentire al paziente di alimentarsi a suo compiacimento non è consigliabile di adoperare contemporaneamente l'insulina, alla quale si ricorrerà solo in caso di pericolo grave, o quando si tratti di una sifilide antica e sclerosante che richiede una cura specifica molto lunga.

Infine conviene sorvegliare gli infermi apparentemente guariti allo scopo di sorprendere le eventuali recidive del diabete.

DR.

APPARATO URINARIO.

L'albuminuria ortostatica.

(CH. ACHARD. *Bulletin Médical*, 1929, n. 25).

L'albuminuria ortostatica o di posizione si produce solo nella posizione in piedi e scompare nella posizione sdraiata.

Ne soffrono ragazzi e adolescenti che hanno spesso un aspetto malsano, che sono pallidi, magri, la cui crescenza è stata troppo rapida. Sono soggetti a tipo neuro-artritico, presentano cioè uno stato d'emotività, timidità, con eccesso di urati e di ossalati nelle urine. Hanno le estremità fredde e cianotiche.

L'esame funzionale dei reni dà un reperto normale o solo qualche lieve disturbo.

Vi sono gradazioni di passaggio tra le nefriti caratteristiche e le albuminurie a recrudescenza ortostatica o esclusivamente ortostatiche. Queste possono seguire ad una nefrite infettiva, ed in alcune nefriti l'albuminuria può essere accentuata dall'ortostatismo.

Durante l'ortostatismo si ha contemporaneamente diminuzione della quantità dell'urina.

La quantità di albumina è massima dopo la levata dal letto. Di solito raggiunge l'1 ‰, ma può anche oltrepassare l'8 ‰.

L'albuminuria ortostatica da alcuni autori è riferita ad una nefrite vera e propria, da altri ad un disturbo funzionale senza lesioni.

Pur non avendo tutti gli attributi ed i complementi dell'albuminuria nefritica, l'albuminuria ortostatica presuppone una lesione del filtro renale. Cuffer e Barbillion parlano di nefrite parcellare e Bard di nefrite cicatriziale. Il fatto che il disturbo segue di solito ad una vera e propria nefrite infettiva prova che essa è legata ad un fatto materiale, organico. Del resto la distinzione tra disturbo funzionale e lesione organica è puramente accademica. L'uno presuppone necessariamente l'altra. Si tratta solo di precisare la natura ed il grado dell'alterazione organica che provoca il perturbamento funzionale.

Nel caso in quistione è la modificazione patologica delle membrane permeabili del rene

che dà ragione dell'albuminuria, fenomeno paragonabile al passaggio patologico d'albumina attraverso le membrane mucose e sierose dell'organismo.

Questa modificazione patologica delle pareti permeabili del rene, si chiami essa nefrite parcellare o cicatriziale, o porosità anormale, non è la sola condizione che interviene nella produzione dell'albuminuria ortostatica. Essa provoca il passaggio dell'albumina solo quando in seguito all'ortostatismo si determina una modificazione circolatoria. Il passaggio dalla posizione coricata a quella in piedi provoca una stasi nel sistema della cava inferiore e delle vene renali, stasi che determina l'albuminuria, allo stesso modo che la posizione verticale accentua i disturbi varicosi e fa ricomparire la porpora, tanto che si parla di porpora ortostatica.

La stasi da stazione verticale importa uno squilibrio umorale dovuto al passaggio di liquidi negli spazi lacunari, donde una diminuzione della massa del sangue ed una concentrazione delle proteine. Questo squilibrio negli individui normali è transitorio, mentre negli individui affetti da albuminuria ortostatica è permanente per difetto del meccanismo compensatore.

Tutto ciò è provato dai seguenti fatti: l'albuminuria è più abbondante nelle prime ore dopo il passaggio dalla posizione coricata a quella eretta; la diuresi è più abbondante di notte a letto; l'ingestione di acqua, come nell'insufficienza cardiaca, non provoca poliuria.

Questa stasi renale, con la conseguente albuminuria e oliguria, sarebbe prodotta da una abnorme mobilità del rene, che nel mutamento di posizione in seguito allo stiramento del peduncolo renale provocherebbe una diminuzione del calibro dei vasi dei reni e specie delle vene. In effetti Sutkerland ha trovato questa mobilità renale nel 37 % di casi di albuminuria ortostatica.

Jehle, avendo notato la frequenza di deviazioni vertebrali, scoliosi e sopratutto lordosi, in individui affetti da albuminuria ortostatica, ritiene che la posizione verticale aumentando la lordosi produce un divaricamento dei due reni i cui peduncoli si trovano così stirati in modo che la vena renale subisce una riduzione di calibro.

Janneret attribuisce il disturbo a difetto di contrazioni muscolari con un meccanismo molto complicato.

Erlanger, Hooker, Van der Welden l'attribuiscono all'abbassamento di pressione che si verifica nel passaggio dalla posizione sdraiata in quella in piedi, diminuzione che sarebbe più accentuata e più persistente negli ortostatici.

Teissier suppone uno spasmo vasale riflesso il cui punto d'origine sarebbe nella pianta dei piedi.

L'influenza vago-simpatica non è trascurabile e Bourcy paragona l'albuminuria ortostatica alla sindrome di Raynaud.

La diagnosi dell'albuminuria ortostatica non è difficile in quanto basta paragonare le urine emesse in posizione coricata ed in quella in piedi. L'esame frazionato delle urine nelle varie ore del giorno consentirà di distinguere le diverse forme di albuminuria, intermittente, ciclica, digestiva, di stanchezza e ortostatica.

Dalla nefrite si distingue con la ricerca dei cilindri e dei leucociti nel sedimento e mediante le prove funzionali.

Tenere presente che ci sono forme di albuminuria da tubercolosi renale.

La prognosi è generalmente buona, a parte i fatti dipendenti dalle distrofie che spesso accompagnano o facilitano il disturbo renale.

La terapia consiste essenzialmente nell'eliminazione di tutto ciò che può irritare o affaticare il rene. Si eviteranno perciò i medicamenti che si eliminano per il rene, gli alimenti eccitanti e salati, troppo ricchi in carne e produttori di purine e ossalati. Non è il caso però d'imporre il regime latteo, declorurato o ipoazotato, per non compromettere lo stato generale e le condizioni dell'apparato digerente. L'alimentazione deve essere varia con preferenza ai grassi e agli idrati di carbonio, con abbondanza di frutta e legumi.

Non è consigliabile l'applicazione di questi o altri apparecchi ortopedici in caso di deviazioni della colonna vertebrale, tutt'al più si adopererà un'opportuna cintura quando la ptosi renale è evidente.

Il vero riposo del rachide si ottiene con il riposo in posizione allungata, da praticarsi sovente durante la giornata per due ore consecutive, specie dopo il pasto di mezzogiorno. Al principio del trattamento si potrà consigliare il riposo a letto per non più di 15 giorni.

Si eviteranno tutti gli sports ed esercizi prolungati, e le attitudini viziose della vita scolara e lo stare in piedi a lungo.

I muscoli che concorrono a mantenere eretta la colonna vertebrale si fortificheranno con l'elettricità, con la ginnastica da camera eseguita di preferenza in posizione coricata.

Giovano anche i massaggi, le frizioni alcooliche, l'idroterapia, specie sotto forma di doccia.

Il soggetto deve vivere in buone condizioni di clima, d'abitazione, d'aerazione.

Come medicamenti si adopereranno gli stimolanti della nutrizione, l'olio di fegato di merluzzo, lo sciroppo iodo-tannico, il fosforo, il calcio.

Dr.

Sulle ematurie senza sintomi locali.

(F. Hagen. *Medizinische Klinik*, 31 mag. 1929).

Le ematurie costituiscono il motivo di gravi preoccupazioni per pazienti e medici, quando non sono accompagnate da altri disturbi che diano qualche indizio sulla natura e la sede del processo che ha provocato l'emorragia.

In molti di questi casi la diagnosi non è possibile se non dopo un esame metodico fatto da specialisti. Vi sono tuttavia casi nei quali l'anamnesi accurata, l'esame clinico generale, le analisi urologiche sistematiche consentono di porre una diagnosi approssimativa, intraprendere una terapia conveniente, eventualmente rassicurare i pazienti.

Nessuna difficoltà diagnostica offrono le ematurie che si verificano nel corso di una nefrite acuta o cronica. Più difficile a riconoscere è l'emorragia dovuta ad infarto renale, quantunque l'esame del cuore possa dare sufficienti indizi dell'origine del male.

Al riguardo è a ricordare che le ematurie possono verificarsi nella cirrosi epatica, nella leucemia, nella linfosarcomatosi.

Talvolta l'ematuria viene attribuita ad un trauma, ma è a tener presente che questo spesso è solo la causa occasionale della emorragia in individui affetti da calcolosi, tumore e tubercolosi renale o da idronefrosi. Da ciò la necessità di praticare anche in questi casi l'esame delle urine.

In alcuni casi di tubercolosi pulmonare si hanno ematurie senza alcun altro disturbo dell'apparato urinario, le quali sono dovute ad una localizzazione renale dell'infezione specifica.

Vi sono piccole emorragie che possono sfuggire anche all'esame microscopico, in quanto le emazie sono tutt'altro che numerose. In tali casi occorre procedere ad accurata analisi dell'urina per svelare l'ematuria.

Il colore dell'urina, rosso chiaro o rosso scuro, non ha alcuna importanza per la localizzazione dell'emorragia. Il colore rosso vivo può dipendere sia da emorragie renali come da recenti emorragie vescicali o dell'uretra. Il colore rosso scuro o brunastro dipende dalla mescolanza dell'urina con il sangue, così che è prodotto anche dalle profuse emorragie dell'uretra posteriore. Solo le leggere ematurie terminali a goccia, al termine della minzione sono sicuramente vescicali o uretrali. Ma in queste forme c'è quasi sempre un dolore locale che indica l'origine dell'emorragia.

Grande importanza per la natura e la sede di quest'ultima ha l'esame microscopico dell'urina, sopratutto per la diagnosi di tubercolosi.

I casi di emoglobinuria ed ematoporfinuria, quantunque rari, non sfuggiranno così all'osservatore, ed anche le ematurie dipendenti da un'infiammazione cronica saranno riconoscibili per la presenza di leucociti e batteri.

Quando si tratti di ematurie in individui al disopra dei 50 anni bisogna pensare alla prostata. È noto che gli adenomi ed i carcinomi prostatici possono decorrere per anni nell'assenza di qualsiasi sintoma. In tali casi l'esame rettale darà utili risultati per la diagnosi, che in ogni caso sarà precisata dall'esame cateterico.

La cistoscopia è il metodo più importante per svelare l'origine dell'ematuria, tenendo però presente che l'emorragia può mancare al momento dell'esame.

Si può essere molto soddisfatti quando con la cistoscopia si riesce a scoprire la causa dell'emorragia, e sopratutto, quando, escluso che dipenda dalla vescica, si riesce a precisare quale è il rene che sanguina.

In quest'ultimo caso la diagnosi della natura del male sarà integrata dall'esame radiologico, che può svelare la presenza di calcoli, anche quando manchi ogni sintoma doloroso.

Quando l'esame microscopico e la prova sugli animali esclude la tubercolosi, si deve ricorrere al cateterismo ureterale per ricercare le eventuali stenosi degli ureteri e le idronefrosi cause delle emorragie, ed infine a mezzo dei pielogrammi si conoscerà lo stato interno della pelvi renale, e la situazione degli ureteri e della pelvi stessa, mentre con il pneumoradiogramma si dimostrerà lo stato della capsula renale. A mezzo di queste ricerche si renderanno visibili anche gli ingorghi del bacinetto, i piccoli calcoli e sopratutto i tumori anche cistici.

Vi sono tuttavia casi nei quali malgrado ogni specie di ricerca non si riesce a identificare la causa dell'emorragia, e, come in tutti i casi nei quali non si riesce a precisare la diagnosi, si parla di forma essenziale. Non è dubbio però che queste ematurie essenziali diventeranno sempre meno numerosi a misura che si perfezioneranno i mezzi d'indagine.

D'altra parte è a rilevare che le ematurie possono costituire uno dei sintomi di una malattia generale, ad esempio l'emofilia, di una lesione a distanza (ematuria in seguito a tonsillectomia e cessazione dell'ematuria con la eliminazione di un ascesso dentario), o di una semplice stasi renale.

Al riguardo si devono ricordare le ematurie angioneurotiche, e le ematurie vicarianti durante il periodo mestruale.

È un grosso errore quello di curare le ematurie con gli emostatici per via interna senza prima averne precisata l'origine e la causa.

La terapia deve essere adattata alla natura e alla sede della lesione.

Nelle forme tubercolari della vescica si usa arrestare l'emorragia con l'applicazione locale di emostatici e di preparati di argento. In effetti però è preferibile il cloruro di calcio localmente e per via endovenosa.

L'emorragia da cistite cronica atonica è arrestata con il catetere permanente ed il trattamento argenteo.

Anche nelle emorragie prostatiche il cateterismo ben praticato eventualmente a permanenza può arrestare l'emorragia. Ma nelle forme gravi bisogna senz'altro rimuovere la causa provocatrice.

Le ematurie da neoplasmi e quelle persistenti da grossi calcoli, come quelle da pielo-

nefrite resistenti al trattamento medico, si curano con l'intervento chirurgico.

Le ematurie da stasi delle gravide si curano con gli emostatici interni.

La terapia dell'ematuria essenziale deve essere in principio aspettante, in quanto con il tempo può svelarsi il processo locale che provoca l'emorragia. Quando questa resista imponente a tutte le cure, mentre l'origine rimane ignota, si ricorrerà eventualmente all'asportazione del rene sanguinante. Ma al riguardo bisogna andare molto cauti e ben precisare la funzionalità dell'altro rene, e tenere anche presente che nella letteratura sono registrati casi nei quali, dopo l'asportazione di un rene senza reperto patologico, l'emorragia è comparsa nell'altro rene.

DR.

ARTICOLAZIONI.

Le alterazioni articolari da emofilia.

(REINECKE e WOHLWILL. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 425, 1929).

Gli AA. hanno avuto occasione di osservare 25 emofilici e ne hanno studiato le alterazioni articolari radiograficamente e anatomo-patologicamente, in due casi venuti a morte.

Le lesioni articolari, parallelamente all'emofilia, si riscontrano solo in maschi. La lesione primaria è l'emartro che compare in genere nel 1° decennio e che poi recidiva ripetutamente. In genere è colpito il ginocchio, ma possono essere colpite anche altre articolazioni come la tibio-tarsica, l'anca, il gomito, le dita.

Le alterazioni radiografiche possono mancare in alcuni casi nonostante che l'emartro sia recidivato ripetutamente, mancano anche nei giovani all'inizio dell'affezione. Negli altri casi l'aspetto è tipico; si ha: a carico dei capi articolari distruzione a tipo aneurismatico in modo più o meno diffuso o solo a chiazze, deformazioni incipienti; a carico delle ossa lunghe dentellature irregolari della corticale e neoformazioni ossee. Oltre alla distruzione di parti ossee (pr. coronoideo dell'ulna) nei casi avanzati si aggiunge il quadro tipico dell'artrite deformante.

Anatomo-patologicamente si rinvengono usure marginali dei capi articolari, usure della cartilagine articolare, formazione di osteofiti nelle parti ossee intraarticolari non rivestite da cartilagine, la cartilagine articolare è in molti punti sottominata. La sinoviale è imbevuta dal pigmento ematico e può dare una immagine opaca alla radiografia; le vegetazioni sinoviali sono piuttosto rare. Con il progredire delle lesioni si trovano le alterazioni dell'artrite deformante, una retrazione della capsula, una anchilosi fibrosa. Nella diafisi le lesioni consistono in una trasformazione parziale della corticale con tessuto non compatto e nella sostituzione fibrosa del midollo negli spazi intertrabecolari.

Clinicamente il paziente presenta, anche senza precedenti cause traumatiche, una tumefazione molto dolorosa dell'articolazione, tumefazione che si forma rapidamente. L'arto è mantenuto nella posizione che consente la massima capacità articolare. Manca la febbre. Dopo alcuni giorni, compaiono ecchimosi. Lentamente tutto ritorna a condizioni normali.

Dopo emartri ripetuti si osserva atrofia muscolare, alterazioni funzionali conseguenti alla deformazione dei capi articolari e che possono portare all'anchilosi.

La diagnosi è difficile se manca il dato anamnestico della emofilia. In tali casi si pensa alla tubercolosi, ma la guarigione, dopo un periodo relativamente breve, indica l'errore.

La cura dello stadio acuto consiste nell'immobilizzazione e nell'impiego dei diversi mezzi fisici e chimici atti a aumentare il potere di coagulazione del sangue. In prima linea è da impiegarsi la trasfusione di sangue che deve venire ripetuta perchè di effetto transitorio.

Per la cura dello stato emofilico l'A. usa la Nateina Llopis, un preparato che pare sia composto di vitamine vegetali, fosfato di calce e lattosio. Con questo mezzo somministrato in modo continuato, ha ottenuto sempre la cessazione dello stato emofiliaco.

Non ha esperienza del metodo di Sahli, di salassi piccoli ripetuti.

Non è consigliabile la puntura evacuatrice dell'emartro; tra i malati osservati dagli AA. uno è morto per setticemia consecutiva all'infezione dell'emartro: dalla piccola ferita continuò a gemere sangue e a uscire coaguli in modo che fu possibile ai germi di arrivare nell'articolazione e dare luogo all'artrite mortale.

VALDONI.

La rottura del menisco.

(DIETERICH. *Arch. Klin. Chir.*, vol 155, pag. 29, 1929).

Nella Clinica di Giessen furono osservati, in 23 anni, 35 casi di rottura del menisco. Quasi esclusivamente è colpito il menisco interno (33 casi). Il meccanismo di produzione della rottura è complesso, in genere è provocata da movimenti di flessione con contemporanea rotazione esterna della gamba. Più raro è il meccanismo di compressione per cadute sull'arto esteso; è probabile che anche in questi casi si abbia una componente di rotazione. Di difficile interpretazione sono i casi in cui nell'anamnesi manca il trauma o questo è minimo. Forse in questi casi si può pensare a una meniscite primaria.

Una diagnosi esatta al momento della lesione è quasi impossibile: i dolori e il versamento sono da riferirsi a lesioni della capsula

o della cartilagine. L'emartro, se esiste, non dipende mai dalla rottura del menisco che è pressocchè privo di vasi.

Più caratteristici sono i sintomi a distanza; in genere i pazienti si lamentano di una incertezza nella deambulazione e specie nel salire le scale. I movimenti di rotazione sono dolorosi; talvolta i pazienti osservano all'altezza dell'interlinea articolare una piccola tumefazione che poi scompare. La compressione sull'interlinea è dolente specie all'interno e spesso esiste una limitazione all'estensione completa della gamba. Passivamente l'estensione può essere completa, ma appena cessa la forza estensiva l'arto riprende, come per opera di una molla, la sua posizione in estensione incompleta.

La radiografia, anche con il pneumoartro, non dà aiuto alla diagnosi.

Nei casi di lesioni recenti si consigli l'immobilizzazione per qualche settimana, ma in genere, per l'assenza di vasi, la rottura ancne incompleta, non cicatrizza.

Se non si ha presto la guarigione, occorre intervenire precocemente perchè già dopo poche settimane della lesione si può sviluppare una artrite cronica del ginocchio.

L'incisione preferita per l'artrotomia è stata quella verticale arcuata di Langenbeck. È da preferirsi sempre l'estirpazione totale del menisco. I movimenti vengono iniziati dopo 3 settimane.

I risultati lontani sono buoni se l'intervento è stato eseguito precocemente, il che non è la regola. Lesioni artritiche non vengono migliorate dall'intervento; spesso coesistono con la rottura del menisco lesioni dei legamenti crociati o della capsula, lesioni che non beneficiano dall'asportazione del menisco. L'intervento è consigliabile anche nei casi in cui esistono già lesioni artritiche secondarie perchè in questo modo si evita l'aggravamento ulteriore e progrediente di queste.

I risultati lontani sono stati: negli operati entro il 1° anno dal trauma 50 % di successi, di quelli operati dopo il 2° anno nessuno ha avuto una *restitutio ad integrum* ma persistono dolori più o meno notevoli, in maggioranza migliorati dopo l'operazione. In molti pazienti esistono i segni di una artrite deformante.

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

N. PENDE. *Trattato sintetico di Patologia e Clinica Medica.* Vol. II, p. 660. Edit. Principato, Messina 1928. L. 160.

Seguendo l'indirizzo segnato nella I parte di quest'opera e di cui già ampiamente parlammo in queste colonne, il prof. Pende tratta nel II volume dei sintomi e della loro interpretazione. Il concetto di una diagnosi fisiopatologica della malattia partendo dalla considerazione dei disturbi funzionali che il malato presenta è indissolubile dallo studio della valutazione clinica dello stato funzionale dei singoli organi ed apparati nelle varie condizioni morbose. Nel II volume del trattato del prof. Pende questa parte della diagnostica funzionale è sviluppata magistralmente con ricchezza di documentazione e con chiarezza di esposizione. Oltre i capitoli sulla valutazione della funzione respiratoria, digerente, circolatoria, ecc. destano particolare interesse quelli sulla esplorazione e valutazione del chimismo del malato, sulla esplorazione dell'equilibrio vegetativo, del sistema endocrino. Cosa non abituale nei trattati di Patologia e Clinica Medica Generale, un vasto capitolo è dedicato all'esplorazione clinica della psiche. Le numerose figure e gli schemi che corredano il volume rendono ancora più interessante ed utile l'opera edita dal Principato con una cura ed un lusso degni dell'arte editoriale italiana.

Un'appendice sulla metodica delle ricerche cliniche di laboratorio anche le più fini, indispensabili oramai per lo studio e la comprensione delle alterazioni biologiche che la malattia produce nella compagine chimica e fisico-chimica degli organismi, redatta da Vidone, Musante e Bufano chiude il volume.

D. M.

A. G. ALARÇON. *La dyspepsie transitoire des Nourrissons.* J. B. Baillière, Paris, 1929. Fr. 10.

Le dispepsie dei lattanti, alla stessa guisa degli altri disturbi dell'apparato digerente, tanto frequenti in questo primo periodo della vita, offrono spesso difficoltà notevoli d'interpretazione e curative per il medico.

L'A. ne qualifica con l'appellativo di « transitorie » un gruppo, caratterizzato fondamentalmente dal periodo della sua durata, non oltrepassante il 3° mese, con sintomi clinici analoghi a quelli delle dispepsie d'altro tipo.

La patogenesi di tale gruppo sarebbe rappresentata da uno squilibrio del sistema vago-simpatico, e l'A., per sostenere tale tesi, si sofferma a lungo su considerazioni anatomo-fisio-patologiche, tendenti a dimostrare come lo scarso sviluppo del sistema nervoso del neonato renda possibile questo squilibrio.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'argomento più valido sarebbe quello terapeutico, in quanto la somministrazione della atropina, nelle dosi permesse, farebbe rapidamente scomparire ogni sintoma morboso.

Tutto ciò è interessante, e merita di esser preso in considerazione, anche per il fatto che l'A. affaccia l'ipotesi che una identica patogenesi possa valere per altre affezioni del lattante, quali: i vomiti abituali, il piloro-spasmo essenziale, l'anafilassi digestiva, ecc.

M. FABERI.

C. ECONOMO. *La citoarchitettonica della corteccia cerebrale umana.* Editore Cappelli, Bologna. Prezzo L. 30.

In dieci capitoli, che sono dieci lezioni, l'Economo riassume il suo poderoso trattato sulla citoarchitettonica della corteccia cerebrale umana.

Opera quindi di grande utilità per chi vuole iniziarsi o avere una guida nello studio della complessa struttura del cervello.

La traduzione del dott. Enderle è fedele e chiara.

Il libro si pregia di una prefazione del prof. Mingazzini. DR.

O. CROUZON. *Le syndrome Épilessie.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 55.

In questo volume l'epilessia è trattata a fondo dal punto di vista clinico, etio-patogenetico, anatomo-patologico e terapeutico.

L'A. descrive dettagliatamente i sintomi precursori del male, i sintomi motori, i sintomi sensoriali e viscerali, i sintomi psichici.

Discute le etiologie delle varie forme di epilessia soffermandosi sopratutto su quella essenziale, esponendo le modificazioni umorali, endocrine, circolatorie, dinamiche che sono alla base dell'accesso.

Completa è la trattazione della terapia indirizzata alla prevenzione ed alla cura degli accessi e dello stato di male.

Il volume si chiude con un paragrafo relativo alle quistioni sociali relative al trattamento, all'assistenza, alla profilassi. DR.

BRÜCKNER und MEISNER. *Grundriss der Augenheilkunde.* Georg Thieme, Leipzig, 1929. Mk. 25.

Questa seconda edizione, riveduta ed ampliata, risente di tutti i progressi dell'oculistica nell'ultimo decennio, ed è particolarmente curata anche nella forma editoriale. Le figure nitide, la serie di microfotografie bellissime concorrono a rendere più intelligibile e completa l'esposizione, che di per sè stessa è sempre chiara e piana. Ciò che esce dal comune di questi Compendi, dedicati ordinariamente agli studenti ed ai medici pratici, è il capitolo che riguarda importanti problemi sociali e cioè invalidità ed infortunistica, necessità di un minimo di funzione visiva nell'esercizio delle singole professioni, leggi di previdenza sociale. Un altro capitolo interessante è quello che tratta della cecità e dei provvedimenti a favore dei ciechi, e che si occupa della psicologia dei ciechi stessi e dei malati condannati alla cecità. Sono esposti anche tutti i metodi di ricerca più moderni, tra cui principalmente l'esame con la lampada a fessura; un capitolo è dedicato alla batteriologia ed alla sierologia nei rapporti con l'oculistica, mentre un altro breve capitolo tratta dell'importanza biologica dell'occhio. È un libro scritto con molta cura e che indubbiamente incontrerà il favore degli studiosi.

MEZZATESTA.

MAY. *Manuel des maladies de l'oeil.* Masson et C.ie éd. Paris 1929. Frs. 55.

È la 5ª edizione francese sulla 12ª americana del manuale del May, ormai ben noto non solo ai cultori della specialità, ma principalmente ai medici pratici ed agli studenti. Si tratta infatti di un libro eminentemente pratico e completo, che in poche pagine, scritte con chiarezza e semplicità, racchiude tutto quanto desiderano medici e studenti. Manuale facile a consultare e che permette di avere nozioni sufficientemente precise anche su argomenti riservati ordinariamente ai grandi trattati. MEZZATESTA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 luglio 1929.

Presiede il prof. V. ASCOLI, presidente.

Anemia emolitica con emosiderinuria perpetua.

MARCHIAFAVA prof. E. — L'O. si riferisce ad un caso di anemia emolitica con emosiderinuria, che presentò all'Accademia nella seduta del 30 luglio 1927. Da allora il malato ha continuato ad avere una emosiderinuria perpetua con accessi di emoglobinuria.

Per quanto l'ammalato non presentasse tumore di milza, venne tuttavia tentata la splenectomia per cercare di migliorare le gravi condizioni del paziente. Ma l'esito non fu favorevole e l'ammalato andò poi incontro ad una essudazione pleurica febbrile che durò circa tre mesi, con gravissima anemia che migliorò in seguito a trasfusione di sangue.

La splenectomia non determinò la scomparsa della emosiderinuria; nei primi tre mesi che seguirono all'operazione non si ebbero più crisi emoglobinuriche, ma poi queste si iniziarono nuovamente.

La milza asportata chirurgicamente fu riscontrata di grandezza normale, senza tracce di emosiderosi; ma vi si osservò degenerazione ialina delle arteriole centrali dei corpuscoli Malpighiani.

L'O., per considerazioni di varia indole, inclina a credere che la causa della malattia sia nel letto vasale.

Sull'amaurosi epilettica.

AYALA prof. G. — L'O. presenta il caso di un malato di 35 anni, epilettico da oltre 8 anni. In passato fu sospettato tumore cerebrale e fu anche operato di craniotomia che portò ad un miglioramento per decompressione.

Nel 1927 l'ammalato cominciò a presentare delle crisi di amaurosi senza nulla d'obbiettivo nel fondo oculare. L'O. dopo essersi intrattenuto sulle varie vicende del malato negli ultimi anni, riferisce che questo fu poi ricoverato nella Clinica neurologica di Roma ove in occasione di crisi amaurotiche fu riscontrato solo un edema peripapillare fugace; il visus migliorò poi notevolmente fino ad arrivare, oggi, a circa 5/10.

L'O. chiama questa forma col nome di *Status epilepticus amauroticus* e ne sostiene, sulla base di varie considerazioni, l'origine corticale.

Tumori sperimentali da catrame nell'utero e loro comportamento in rapporto alla funzione ovarica ed alterazioni generali indotte dal catrame sull'organismo dei ratti bianchi.

CIOLI dott. R. — L'O. ha trattato dei ratti bianchi di sesso femminile con iniezioni vaginali di catrame sciolto in xilolo, osservando dei fenomeni di iperplasia e metaplasia. Praticando l'ablazione degli annessi prima o durante il trattamento, ha osservato delle vere neoulasie, il che invece non avveniva con la semplice resezione delle tube.

L'O. rileva l'importanza della funzione ovarica sulla genesi dei tumori, e stima inoltre che l'azione del catrame non si esplichi solo localmente, ma altresì per via generale, essendo assorbito dall'organismo.

Il Segretario: V. PUNTONI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 18 gennaio 1929.

Presiede il prof. BERTINO, presidente.

Osservazioni anatomo-patologiche su criminali decessi per causa violenta

Prof. R. PELLEGRINI. — Una serie di ricerche di altri Autori tendono a dimostrare che nei criminali le alterazioni anatomo-patologiche dei vari organi sarebbero assai frequenti.

Questi risultati non sono esatti. Da una serie di autopsie eseguite su criminali morti per causa violenta, il Pellegrini invece deduce che essi presentano lesioni viscerali scarse e generalmente di poca importanza. Ciò si spiega in gran parte colla vita relativamente agiata che essi conducono, con la mancanza di intossicazioni professionali e dell'azione deleteria della fatica.

Naturalmente tali risultati non sono applicabili ai delinquenti morti dopo una lunga degenza in carcere e sui quali si ripercuotono le tristi condizioni ambientali e di nutrizione della prigionia.

M. TRUFFI. — Il rilievo fatto dal collega PELLEGRINI della mancanza di lesioni macroscopiche nell'uretra anche di individui che si sapevano sicuramente affetti da blenorragia corrisponde a quello che abitualmente si rileva in ricerche sistematiche fatte sull'uretra di individui malati certamente di blenorragia cronica o presi in blocco, data la grande diffusione della malattia, sul cadavere di sale anatomiche.

La causa della mancanza dei reperti positivi è quella stessa data dal Pellegrini. Nel vivente le lesioni uretrali le diagnostichiamo all'uretroscopio specialmente in base alla differenza di colorito determinate dall'afflusso di sangue. Ciò spiega come nel cadavere, là dove manchino netti fatti di stenosi non si constatino macroscopicamente almeno, lesioni apprezzabili.

Gli effetti di ripetute iniezioni di adrenalina sul volume splenico e sulla crasi sanguigna in un caso di grave anemia.

Prof. E. PESERICO. — In un caso di grave anemia gravidica con splenomegalia di alto grado, in via di progressivo peggioramento ad un mese di distanza dal parto, ripetute iniezioni di adrenalina determinarono e mantennero una cospicua riduzione del volume splenico e con questa un rapido e progressivo miglioramento. In vista dei dimostrati rapporti tra spleno contrattilità e funzione emolitica della milza l'Autore emette l'ipotesi che il miglioramento sia da attribuirsi in maniera precipua alla obliterapia avvenuta sotto lo stimolo adrenalinico delle lacune della polpa splenica ove ha luogo l'emolisi.

Si può pensare, in altre parole, ad una splenectomia temporanea che escludendo il fattore splenico abbia favorevolmente influito pel decorso dell'anemia.

BERTINO. — Nel caso illustrato dal prof. PESERICO, il decorso della malattia si è certamente allontanato da quello che si ha ordinariamente nei casi di anemia grave complicante la gravidanza. In questi difatti per solito la malattia si aggrava col progredire della gravidanza che quasi sempre s'interrompe prematuramente e in generale se le condizioni della P. non sono molto gravi, nel quale caso si ha la morte poco dopo il parto, a parto espletato si ha un miglioramento.

Nel caso del Peserico quindi non doveva trattarsi certamente di uno dei soliti casi di anemia gravidica ed il peggioramento progressivo dopo il parto può darsi sia dovuto alla diminuzione della pressione addominale e quindi sulla milza per parte dell'utero gravido.

Fenomeni di sinergismo e di potenziamento tra farmaci ad azione vasale.

Dott. A. LUISADA e P. TREMONTI. — Studiando l'azione di vari farmaci associati i due OO. hanno trovato che il preparato di Lëwen Trendelenburg si presta bene per la dimostrazione di azioni sinergizzanti dei farmaci e di potenziamento.

Le associazioni tra farmaci angiostenici di opposta azione sul tono è la migliore tra tutte e permette di porre in rilievo interessanti fenomeni di sinergismo e di potenziamento. La contrattilità arteriosa viene al massimo stimolata da queste associazioni, come il metodo della perfusione per lunghi periodi permette di constatare: il tono aumenta contemporaneamente.

Le migliori associazioni sono quelle di coramina-adrenalina; adrenalina-digitalina; adrenalina-trinitrina; uabaina-digitalina.

L'associazione tra farmaci angiotonici viene bene studiata col metodo della iniezione che permette di rilevare fatti di sinergismo e di potenziamento coesistenti nel prolungamento e nella intensificazione degli effetti. Le associazioni mi-

gliori sono quelle di adrenalina-efetonina; adrenalina-stricnina; adrenalina-pituitrina.

In ognuno dei casi ritenuto di sinergismo si è avuto un effetto superiore a quello dei singoli farmaci, anche usando nell'associazione dosi metà di quelle usate per essi. In ognuno dei casi ritenuti di potenziamento si sono avuti effetti spiccati usando dosi inattive di farmaci diversi e spesso usando metà delle dosi stesse.

LUISADA. — Ringrazia il prof. PELLEGRINI per le sue osservazioni molto precise; per evitare cause d'errore si sono fatte prove ripetute alla 3ª, 6ª, 9ª e 12ª ora. Per la sensibilità ricorda di aver avuto reazioni per soluzioni di acetilcolina 1: un miliardo cioè più diluite di quelle svelabili da qualunque altro preparato. Ha osservato le variazioni periodiche del flusso che si svolgono con 3-4 ondulazioni al minuto, con variazioni di 3-4 gocce; esse non vengono avvertite in periodi di 10' e non influenza eccessivamente le reazioni ottenute di 30-50 gocce col metodo della iniezione. È d'accordo col prof. Pellegrini circa la variazione di sensibilità del preparato che in parte sono date dal trauma sul sistema nervoso nella prima ora in parte seguono una curva nota. Per evitare ciò si è esperimentato in ore varie successivamente per ogni farmaco. Per evitare diminuzioni di eccitabilità si è sempre fatto un periodo di lavaggio di 20' fra le varie prove, periodo risultato sufficiente.

Per evitare gli accidenti consecutivi alla rachicentesi.

Dott. F. CASSINIS. — Nel corso di tentativi di terapia dei postumi di encefalite epidemica col metodo proposto da Piticariu (1922) della iniezione endovenosa di autoliquor, ha potuto osservare che i pazienti così trattati non presentavano mai disturbi successivi alla puntura lombare anche se, come non di rado avvenne, le particolari condizioni mentali del malato rendevano impossibile il suo mantenimento a letto. Ha praticato 28 punture lombari su 28 malati dei due sessi affetti da varie forme mentali o nervose (dementi precoci, deficienti, epilettici e un tumore cerebrale), prelevando 10 cmc. di liquor con un comune ago di puntura lombare, facendo seguire immediatamente l'iniezione endovenosa di 5, 4 o 3 cmc. dello stesso liquor, e poi lasciando che il malato si alzasse da letto, mangiasse come il solito, si comportasse insomma come se l'operazione non fosse stata eseguita. In nessuno di questi 28 casi ha osservato alcun disturbo, anche dei più lievi come la leggera cefalea, del tipo di quelli che comunemente si osservano in seguito a p. l. In tre casi ho osservato lieve rialzo termico che in un caso raggiunse in seconda giornata i 38,4. Ma anche qui non fu necessario porre a letto il malato, che non accusava alcun disturbo.

Sul passaggio di acido solfidrico nelle cavità articolari.

Dott. MARIANO MESSINI. — Nelle presenti ricerche ha studiato sul coniglio, il passaggio di acido solfidrico nelle cavità articolari e in altre regioni dell'organismo (cavità peritoneale e pleurica, muscoli e sottocutaneo) in seguito all'introduzione, per varie vie (endovenosa, endomuscolare, sottocutanea e gastrica), ripetuta a intervalli regolari di tempo di dosi non immediatamente letali di solfo colloidale, preparato secondo Wackerioder.

Per mettere in evidenza l'acido solfidrico, iniettavo in varie regioni dell'organismo una piccola quantità di una sospensione di un sale metallico pochissimo solubile (carbonato di piombo), che reagendo col solfidrico si trasformava in solfuro nero. Ho osservato la massima intensità di reazione nel cavo peritoneale e specialmente in vicinanza del fegato; meno intensa fu la reazione nel cavo pleurico, nel cavo articolare, nello spessore dei muscoli e nel sottocutaneo.

L'intensità della reazione fu di gran lunga più intensa quando lo solfo fu somministrato per via endovenosa che quando fu somministrato per le vie gastrica, endomuscolare e sottocutanea, malgrado che in questi casi le dosi fossero maggiori.

È lecito ritenere come sia poco probabile che l'azione terapeutica dello solfo possa interamente esplicarsi, in seguito a somministrazioni di preparati di solfo colloidale per le vie gastrica, endomuscolare e sottocutanea in quanto questi preparati così introdotti nell'organismo rapidamente cambiano di stato fisico, passando allo stato cristallino.

Nell'interpretazione dell'efficacia terapeutica dello solfo colloidale è necessario tener presente, in base alle presenti ricerche, quanto può esser dovuto all'azione dell'acido solfidrico che, con discreta intensità se non con particolare elettività passa nell'interno delle cavità articolari.

Il Segretario: SCIMONE.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 4 marzo 1929.

Presiede: Prof. D'ALESSANDRO.

L'importanza della colecistografia.

Dott. L. GAVAZZENI e G. MONTEGROSSO. — Il dott. MONTEGROSSO, passa in rassegna le varie vie (intraduodenale, orale, rettale, endovenosa) d'introduzione della tetraiodofenolftaleina sodica, sostanza ormai universalmente adottata per rendere opaca ai raggi X la cistifellea. Si dichiara fautore della via endovenosa.

Espone i risultati di 100 colecistografie eseguite nella Clinica Gavazzeni.

Sui cento casi di cui ha parlato il dott. MONTEGROSSO in 46 casi la cistifellea era più (30) o meno visibile (16) ed in 54 casi la cistifellea era non visibile; di questi in 20 erano visibili solo i calcoli, in 34 nemmeno essi. Di più in 36 casi in cui la diagnosi clinica di calcolosi della cistifellea era si può dire certa si ebbe assenza di visibilità della cistifellea e dimostrazione dei calcoli in 20 casi ed in altri 8 casi si ebbe visibilità della cistifellea ed anche ombre dovute a calcoli per cui la diagnosi fu sicuramente confermata in 28 casi su 36. Sette casi ebbero anche la conferma operatoria

Sopra un caso di paralisi bulbare astenica (sindrome di Erb-Goldflam.)

Dott. F. QUARENGHI. — L'O. presenta un caso e lo illustra sulle sue diverse manifestazioni corredandolo delle indagini eseguite sul sangue e sul liquor, ricerche che risultarono negative. Positiva invece la reazione miastenica del Jolly.

L'O. conclude sostenendo che nella forma in parola si tratta più di un miopatia anzichè neuropatia sicchè ritiene più propria la denominazione di *miastenia grave pseudo-paralitica* proposta dal Yolly.

Errori diagnostici dei medici pratici in oculistica.

Prof. A. VITERBI. — Per mantenersi nel campo di più comune spettanza del medico pratico ricorda gli errori più comuni in cui si può incorrere e cioè scambiare una lesione corneale antica (albugine) con una recente (ulcera), un'affezione tracomatosa antica con una recente traumatica, non accorgersi di una dacriocistite in atto, confondere fra cataratta ed altre malattie oculari e sopratutto glaucoma cronico ed atrofia del nervo ottico, cefalea da strabismo da ipermetropia e astigmatismo nei bambini. Illustra gli inconvenienti talvolta irreparabili a cui tali errori possono portare e dice degli accorgimenti e delle cognizioni necessarie per evitarli.

Seduta del 29 aprile 1929.

Presiede: Dott. ROVIGLIO, vice-presidente.

Su di un caso di sclerosi laterale amiotrofica.

Dott. CASTELLI. — L'O. presenta un caso di sclerosi laterale amiotrofica studiato nella Clinica Gavazzeni. Il soggetto colpito, dell'età di 42 anni, esente da lue, ha le atrofie caratteristiche, le contrazioni fibrillari e tutti gli altri sintomi proprii della malattia.

L'interesse del caso è dato, oltrechè da un'iniziata sindrome labio-glosso-faringea, da uno stato di confusione mentale con qualche accenno a delirio di rovina. Tali alterazioni dello stato psichico, per quanto già descritte, sono di rara osservazione.

Glicemia, glicosuria: loro terapia.

Dott. G. MORETTI. — L'O. espone in breve rassegna sintetica gli argomenti che tendono a stabilire per le glicosurie e le glicemie una base neuro-endocrina. Fa una breve critica dei metodi diagnostici e sviluppa alcuni recenti criteri terapeutici specialmente in rapporto all'ergotamina e ai derivati della guanidina, soffermandosi anche sui meccanismi d'azione dell'insulina impiegata oggi in forme morbose anche extraglicemiche.

Seduta del 10 giugno 1929.

Presidente: Prof. D'ALESSANDRO.

Diagnosi e terapia dei tumori mammari.

Prof. LUSSANA. — L'O. con una completa sintesi tratta della diagnosi di questa localizzazione del cancro, insistendo sul concetto della precocità della diagnosi per una cura efficace, diagnosi precoce che abbisogna oltre che dell'oculatezza del sanitario, della collaborazione del pubblico che a questi si deve rivolgere ad ogni allarme.

Contributo alla terapia radiologica del cancro della laringe.

Dott. CAMPLANI. — Dopo una sintetica rassegna di quanto è stato tentato altrove, l'O. dice del metodo da lui adottato, metodo che nei due casi che presenta ha dato risultato brillantissimo. Risulta evidente che già da due anni i pazienti sono da considerarsi clinicamente guariti e tutto fa sperare che lo siano definitivamente.

Presentazione di casi clinici.

Prof. LUSSANA. — L'O. presenta un caso di frattura delle vertebre, uno di compressione cerebrale da lesione ossea che induceva attacchi epilettici; tre casi di calcolosi ureterale (con radiografie). L'intervento chirurgico tempestivo di cui l'O. dice l'indicazione e la tecnica ha già indotta o sta per apportare la sperata guarigione.

Seduta dell'8 luglio 1929.

Presidente: Prof. D'ALESSANDRO.

La diagnosi del cancro dello stomaco.

Prof. MINELLI. — L'O. espone tutti i sintomi di questa localizzazione neoplastica insistendo sui sintomi precoci semiologici, clinici, fisiochimici, radiologici, sintesi ricavata da quanto è acquisizione antica e recente, di altri e personale nella lunga ed ampia pratica ospedaliera.

Insiste sul concetto della diagnosi quanto più precoce è possibile per poter tempestivamente affidare il paziente al chirurgo, al quale crede bisogna ricorrere più spesso per la conferma diagnostica attraverso la laparotomia esplorativa. Trattando della diagnosi radiologica insiste sul concetto che questa deve essere affidata ad un radiologo medico provetto e non ad orecchianti. Fra le tecniche di laboratorio crede che l'esame istologico del contenuto gastrico praticato metodicamente dopo ogni lavanda gastrica potrà dare risultati sempre migliori specie per le forme vegetanti.

All'ampia discussione che ha seguito la interessante comunicazione hanno preso parte i soci dottori ROVIGLIO e GALMOZZI il quale ricorda fra i sintomi precoci una nevralgia brachiale osservata in diversi casi insieme con l'O., il prof. LUSSANA, il dott. CAMPLANI che illustra più minutamente con radiografie il lato tecnico radiologico.

Sullo stato attuale della terapia e profilassi della rabbia.

Prof. D'ALESSANDRO. — Ricordato brevemente il cammino fatto dalla tecnica da PASTEUR ad oggi attraverso gli studi del FERMI, PUNTONI, SEMPLE, si estende ai dettagli della vaccinazione antirabica mostrando i vantaggi del metodo dei vaccini fenicati e riporta le relative statistiche.

Annunzia la prossima istituzione nella nuova sede dell'Ospedale Maggiore di un dispensario antirabico per la Città e Provincia di Bergamo, dispensario voluto dall'Amministrazione dell'Ospedale ed autorizzato dalla Direzione di Sanità Pubblica.

Sopra un caso di endocardite lenta.

Dott. A. MAZZOLENI. — Riferita la storia clinica ed il reperto d'autopsia del caso, l'O. dice delle ricerche batteriologiche fatte sia in vita che dal cadavere dell'individuo. Da queste risulta l'isolamento di due germi: uno streptococco piogeno ed uno stafilococco piogeno albo.

Tale reperto dimostra che la forma clinica ed anatomica può esser data da comuni germi all'infuori dello str. viridans emolitico sui quali solo attualmente si insiste come causa di endocardite lenta. D'A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Tecnica per l'esame delle feci allo scopo di ricercarvi gli elminti e le loro uova.

Galli-Valerio (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 aprile 1929) dà le seguenti indicazioni:

1) per avere un'idea della frequenza degli elminti in una determinata località, si possono seguire due procedimenti: *a*) procurarsi le feci di diverse persone; *b*) raccogliere le feci nelle strade, metodo seguito dall'A. e dai suoi allievi in Europa e nei paesi caldi;

2) nell'un caso e nell'altro, basta una piccola quantità di feci. L'A. usa un fiammifero (di legno), con cui raccoglie le sostanze fecali introducendolo poi in una provettina di 5-6 cm. di lunghezza per 1 di larghezza, chiudendo poi col tappo. Se l'esame si fa subito, non vi è bisogno di liquidi conservatori; se invece le provette debbono essere inviate lontano, od esaminate dopo diversi giorni, si mette nella provetta (per metà altezza) della formalina del commercio in soluzione a 1-2 %. La conservazione, in tal modo, si fa per lungo tempo (l'A. ne ha anche di 30 anni);

3) le sostanze così raccolte si esaminano al microscopio, con oculare 3 ed obbiettivo 4. Si mette sul portaoggetti una piccola particella di sostanza con una gocciolina di acqua (o della soluzione di formalina in cui si trova), si applica il coprioggetti e si esamina. In generale, bastano 5-6 di tali preparati per accertare od escludere la presenza di uova; nel preparato, si possono anche vedere le cisti di protozoi;

4) per l'arricchimento, l'A. consiglia il modo seguente. Mescolare una parte di feci con 20 di soluzione di sale da cucina (g. 37,5, in 100 cmc. di acqua), in un Erlenmeyer. Dopo 5-45 minuti, esaminare al microscopio il liquido che si trova in superficie;

5) i preparati si conservano bene in glicerina, specialmente se hanno dapprima subito il trattamento con la formalina;

6) la ricerca delle uova di elminti nell'insalata, si pratica come segue: in un gran bicchiere conico, si mette l'insalata, tagliata in fini pezzetti e la si ricopre con acqua sterile, rimescolando con bacchetta di vetro. L'acqua diventa torbida e la si decanta allora in un altro bicchiere conico, dove si lascia in riposo per 15-20 minuti. Con una pipetta, si prende una goccia del deposito e la si esamina al microscopio. Per concludere sull'assenza di uova, si devono fare molti preparati (40-50).

Con questa tecnica, non si trovano generalmente gli ossiuri, i quali, di fatto, figurano raramente nelle statistiche elmintologiche di diversi paesi. Essi si ricercano nelle sostanze fecali eliminate alla sera, oppure mediante l'introduzione di una bacchetta di vetro nel retto del paziente.

Chi non ha molta pratica di queste ricerche deve guardarsi dal non fare confusione con:

a) spore vegetali, che somigliano specialmente ad uova di ascaridi;

b) uova di ascaridi che, nelle vecchie feci esposte alla pioggia, possono aver perduta la membrana ondulata esterna e somigliare ad uova di anchilostoma;

c) presenza di uova di Rabditis provenienti dall'ambiente esterno e prese per uova di vermi intestinali. *fil.*

L'importanza pratica dell'esame del succo gastrico.

Il pasto di prova di Ewald-Boas può anche oggi servir bene per l'esame della secrezione gastrica. Secondo H. Steinitz (*Die Medizinische Welt*, n. 27, 1929) nei casi in cui si desidera somministrare un pasto di prova completamente liquido, si presta bene il thè di prova di Strauss (300 cmc. di thè non zuccherato; sonda dopo 30-40 minuti). Il vecchio metodo della titolazione dell'acidità risponde anche ai requisiti della scienza moderna. Per stabilire il massimo del grado di funzionalità gastrica, specialmente in casi con deficienza di acido cloridrico, e per ottenere un succo gastrico puro, si ricorre all'iniezione sottocutanea di 1/2 mg. di istamina, senza dare alcun pasto di prova; sonda sottile mezz'ora dopo l'iniezione.

Il sondaggio frazionato con una sottile sonda a permanenza non si presta nella pratica; come non ha valore per la pratica, il dosaggio dei fermenti. Pollitzer.

CASISTICA.

Il significato della nefrite gravidica.

Mussey e Keith (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, 26, 1928) dall'osservazione di 110 casi di manifestazioni renali della gravidanza, giungono alle seguenti conclusioni.

Si può anzitutto distinguere una nefrite cronica, antecedente alla gravidanza, e una nefrite acuta, che si sviluppa durante la gestazione.

La nefrite acuta gravidica rappresenta una delle manifestazioni della tossiemia eclamptica, cioè a dire, di una affezione vascolare che interessa, nel medesimo tempo che i reni, il fegato e i diversi altri organi.

Il potere rigenerativo del fegato, ciò nonostante, è tale che l'affezione di quest'organo difficilmente può essere dimostrata nelle donne che hanno presentato accidenti di tossiemia gravidica, accompagnantesi o no ad eclampsia, e che sono stati seguìti da guarigione.

D'altro canto, bisogna sapere che nella maggior parte dei casi di tossiemia gravidica acuta

degli ultimi 3 mesi della gravidanza, la guarigione è sempre in definitiva completa.

Clinicamente le manifestazioni renali acute, in rapporto con la tossiemia gravidica, possono assumere i due aspetti che Volhardt distingue nella sua classificazione generale delle nefriti: glomerulonefrite, propriamente detta e nefrosi la quale ultima si distingue dalla precedente per l'assenza di ipertensione e di modificazioni dei vasi del fondo dell'occhio, mentre predominano gli edemi.

Quando la nefrite acuta o la nefrosi passa allo stato cronico, sono necessari degli esami sistematici e ripetuti per apprezzare lo stato del rene e poter permettere eventualmente una nuova gravidanza o per lo meno indicare le misure profilattiche da prendere se tale ipotesi si realizza; classicamente si tende ad impedire alle donne affette da nefriti gravidiche, una nuova gestazione, mentre in pratica e le ricerche degli AA. lo confermano, la funzione renale di tali malate resta in definitiva largamente sufficiente per permettere ulteriori gravidanze. A. P.

Studio batteriologico della vescica delle puerpere.

Secondo la statistica di Harvey L. Kincai (*American Journal of Obst.*, agosto 1928) la normale vescica puerperale si trova sterile al primo cateterismo nel 92,16 % dei casi, mentre i cateterismi successivi danno culture positive nel 51 %, senza che in questi casi vi sia alcun sintomo di cistite.

Gli organismi riscontrati sono, relativamente, non patogeni: stafilococco albo, streptococco, b. lattico; il b. colon raramente si trova nella normale vescica puerperale.

La probabile natura della flora batterica dell'uretra si può dedurre dal tipo di organismi riscontrati; la presenza del b. colon durante la gravidanza e nel puerperio ammette la possibilità di una malattia del sistema urinario, specialmente di una pielite.

La vescica puerperale in due casi di taglio cesareo presentava gli stessi reperti che nei casi di parto normale; i pochi casi di intossicazione gravidica studiati dall'A. davano risultati analoghi a quelli che avevano gravidanza e puerperio normale. MOOR.

Diabete e gravidanza.

Nella gravidanza è frequente poter trovare un disturbo del ricambio, con presenza di zucchero nelle urine ed acidosi. Tuttavia questi disturbi sono transitori, e dipendono da una causa irritativa extrainsulare, come la considerano F. Umber e M. Rosemberg (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 108, 1-2, 1929), e si possono distinguere dal vero diabete, perchè non si accompagnano mai ad iperglicemia, nè ad alcun sintomo proprio del diabete; non sono influenzati dalla ingestione degli idrati di carbonio, e la curva della glicemia sperimentale appare normale.

Le glicosurie da gravidanza sono a prognosi favorevole, e non sono affatto influenzate dalla terapia insulinica; quest'ultima condizione costituisce un importante sintomo differenziale. Non vanno curate in alcuna maniera, mentre l'acidosi diabetica va curata con somministrazione di idrati di carbonio.

Non è raro però che la gravidanza possa mettere in evidenza un vero diabete latente; gli AA. riferiscono due casi di tale specie.

Tuttavia anche in questi casi il diabete non presenta la gravità d'un tempo, grazie alla terapia insulinica, la quale dev'essere condotta con circospezione ed oculatezza. CARUSI.

Anemia in gravidanze avanzate.

Lo studio sistematico nel sangue durante la gravidanza è stato sempre oggetto di grande interesse.

Oggi E. K. Lyon (*The Journal of the Am. Med. Assoc.*, n. 1, 1929) ha ripreso tale ricerca in 200 casi dell'ospedale della Maternità di New York.

Nel 32 % dei casi riscontrò un valore di 72 % di emoglobina, indesiderabilmente basso: di questi, una parte mostrò nell'ultimo trimestre una ripresa dell'emoglobina, altri una ulteriore caduta.

Si fece ogni sforzo perchè le pazienti raggiungessero il termine ed entrassero in travaglio nelle migliori condizioni possibili.

L'A. conclude affermando la necessità di uno studio e di una cura « pre-natale » delle pazienti in ogni condizione. V. SERRA.

Il vomito da aerofagia nel lattante.

A. Macchi (*Clinica ed igiene infantile*, n. 5, 1929) ne descrive un caso capitato sotto la sua osservazione, prendendo lo spunto per parlare di questa speciale forma morbosa, il cui sintoma principale è rappresentato dal vomito di latte in parte liquido e in parte coagulato, seguìto da abbondanti eruttazioni acide.

La diagnosi differenziale più difficile è quella col vomito da ipoalimentazione, in quanto l'ipoalimentato diviene aerofagico e l'aerofagico va incontro all'ipoalimentazione. Bisogna perciò basarsi molto sull'anamnesi e sul decorso della curva d'accrescimento, nonchè sull'indagine radiologica, la quale, prescindendo dalla diversità dei sintomi, aiuterà per la differenziazione diagnostica con il vomito da pilorospasmo, e con quello da nevrosi gastrica, frequente nel lattante, preceduto da malessere e accompagnato da sofferenze. Un'altra eventualità è infine quella del vomito per iperalimentazione, il quale però si accompagna a disturbi gastro-intestinali, che mancano in quelli per aerofagia.

La cura di tale forma morbosa consiste essenzialmente nel porre il bambino in posizione verticale durante la poppata, o, secondo alcuni, in posizione prona, ovvero usando poppatoi che l'obblighino a compiere notevole la-

voro di suzione impedendo il passaggio all'aria.

I meccanismi patogenetici, infine, possono ridursi a due: o allo stimolo esercitato dalla bolla d'aria sul diaframma, ovvero all'aria stessa che, venendo emessa per una brusca contrazione dello stomaco, provocherebbe la contemporanea fuoriuscita del latte.

M. FABERI.

TERAPIA.

Il trattamento ambulatorio nell'artrite cronica del ginocchio.

Sono frequenti i casi di artrite cronica localizzata a un solo ginocchio con scarso interessamento delle altre articolazioni.

In tali casi gli « attacchi » articolari si susseguono a breve distanza di tempo, e la difficoltà e il dolore nei movimenti si accentuano. Il ginocchio malato si trova all'esame tumefatto, più caldo, con un poco di liquido intraarticolare, ed ispessimento dei tessuti limitrofi. L'estensione completa non è possibile.

Il trattamento generale che può dare i resultati migliori è quello vaccinoterapico.

Quanto poi al trattamento locale, onde impedire una immobilizzazione troppo prolungata, sarebbe, secondo W. G. Macdonald (*The Practitonier*, febbraio 1929), il seguente:

Riposo in letto per qualche giorno, con tiraggio dolce e continuo dell'arto, fino ad ottenere il massimo di estensione; applicazione di un apparecchio gessato dalla plica della natica a 3-4 pollici al disopra della caviglia, col quale apparecchio il malato potrà camminare e attendere ai propri affari; rimozione dell'apparecchio dopo 3 settimane, senza tema di trovare eccessiva rigidità articolare.

Nei casi in cui la flessione è molto accentuata, il procedimento va ripetuto più di una volta, con nuove applicazioni di tiraggio estensivo per un giorno o due. Il nuovo apparecchio viene poi tagliato per lungo ai lati, risultandone due doccie tenute assieme da bende, in maniera da rimuoverle di tanto in tanto, onde poter rinforzare l'azione degli estensori del ginocchio con esercizi appropriati e con contrazioni provocate gradualmente per mezzo della corrente elettrica.

I resultati statici e funzionali del ginocchio così trattato sarebbero, secondo l'A., assai soddisfacenti.

M. FABERI.

L'anestesia regionale degli arti per via venosa.

Tale processo di anestesia, introdotto dal Bier fin dal 1909, è poco conosciuto ed usato. Nella letteratura infatti se ne raccolgono solo 600 casi.

Circa la tecnica, che è abbastanza semplice, occorre rispettare principalmente le seguenti condizioni: ottenere l'ischemia del segmento su cui si opera mediante la comune fascia di Esmark; introdurre *contro corrente* la soluzione di novocaina, la quale deve restare nelle vene durante tutto l'atto chirurgico (ciò che si ottiene agevolmente applicando un laccio a monte e a valle del campo operatorio).

Secondo Cahen (*Journal de Chirurgie*, gennaio 1929) l'anestesia si ottiene in 5-10 minuti e permette di praticare anche interventi di lunga durata. È bene usare la novocaina nella soluzione dell'1/200 senza l'aggiunta di adrenalina, la quale — oltre a rendere più difficile l'emostasi — per la costrizione che determina, s'oppone alla penetrazione del liquido anestetico nei piccoli vasi, penetrazione che è base essenziale del metodo. Per ottenere una buona anestesia occorrono solo 25-30 cmc. di soluzione; se ne può iniettare però una quantità maggiore (sino a 200 cmc.) senza alcun inconveniente.

Il metodo, raccomandabile specialmente per l'arto superiore e particolarmente per l'avambraccio, è da usarsi principalmente in tutti quei casi in cui per lo stato di choc è da bandire l'anestesia generale.

Tutte le operazioni sugli arti possono esser fatte sotto anestesia regionale per via venosa, eccezion fatta per le infiammazioni acute e settiche.

Per la buona riuscita dell'anestesia bisogna tener conto dell'influenza dello stato psichico del soggetto, influenza comune del resto a tutte le anestesie regionali.

C. GIACOBBE.

Sul trattamento dell'elefantiasi degli arti.

G. Keysser (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1928) riporta 15 casi di elefantiasi degli arti trattati chirurgicamente. I metodi seguìti sono quello di Moynihan del drenaggio con fili di seta e quello di Payr-Kondoleon dell'incisione ed, eventualmente, resezione parziale delle fascie aponevrotiche. Egli consiglia di dare ai drenaggi con fili un'estensione maggiore di quello che comunemente è usato, e all'operazione di Kondoleon associare estese resezioni delle guaine aponeurotiche. Spesso consiglia di associare ambedue i trattamenti. Così egli ha fatto nella maggior parte dei suoi malati, ed il successo, spesso completo, che ha raggiunto, sembra dargli ragione nel suo consiglio e ad incoraggiare il trattamento chirurgico per quest'affezione che ha dato numerose delusioni agli operatori. Accompagna l'illustrazione dei casi con numerose fotografie.

V. GHIRON.

Cura dei disturbi del climaterio.

Ludwig A. Emdge (*California and West. Med.*, 1927, jan.) ritiene, secondo i dati della letteratura e le osservazioni proprie, che nel 40 al 50 % delle donne c'è ipertensione nel climaterio, mentre nel 40 % la pressione sanguigna non si modifica e nel 10-15 % c'è ipotensione.

Nei riguardi del metabolismo basale si ha nel 55 % delle donne nella menopausa artificiale o naturale una diminuzione del metabolismo, che rimane invariato nel 30 % e au-

mentato nel 15 %. La calcemia è per lo più aumentata e le iniezioni di cloruro di calcio sono utili nella menorragia idiopatica del climaterio, come pure utile è l'associazione del calcio con sedativi o con preparati ovarici nella cura dei disturbi vasomotori della menopausa.

Lo squilibrio endocrino dovuto alla rapida scomparsa dell'ormone del follicolo di Graaf conduce all'atrofia degli organi genitali e all'amenorrea. A queste alterazioni seguono fenomeni di ipertrofia delle glandole sessuali secondarie (tiroide, ipofisi, surrenali), per lo più in una sola di esse, anzi in una parte di esse. Questo spiega perchè nel climaterio si possono vedere delle donne pituitariche o tiroidee.

Considerato nel suo insieme il problema del climaterio è pluriglandolare, però fra le varie glandole ne prevale una che non è sempre facile determinare. C'è analogia con quel che succede nell'amenorrea precoce. Per esempio, nell'ipertiroidismo l'iperfunzione tiroidea inibisce l'ovaio e dà amenorrea secondaria, nel mixedema si ha ingrandimento dell'ipofisi e amenorrea terziaria.

Nella cura dei disturbi del climaterio i migliori successi si hanno tenendo conto della disfunzione glandolare prevalente (tiroide, ipofisi o surrenali). In alcuni casi si associano disturbi vari ed è necessaria l'opoterapia pluriglandolare. L'opoterapia ovarica che teoricamente dovrebbe essere sempre utile, non risponde sempre in pratica; si dimostra efficace quando ci sono disturbi vasomotori e irritabilità nervosa senza modificazioni della pressione sanguigna. L'estratto tiroideo si prescrive quando c'è pressione sanguigna bassa, depressione psichica e metabolismo diminuito. Nell'ipertensione è utile il corpo luteo, il quale agisce anche stimolando l'ipofisi meglio dell'estratto ipofisario stesso. Nei disturbi ipofisari si ha giovamento dall'associazione di estratto ovarico e tiroideo.

Per la dose non si può standardizzare; è bene cominciare con piccole dosi e poi aumentare. La somministrazione ipodermica non deve essere preferita a quella orale.

Emdge non è favorevole all'associazione di calcio e teobromina alla terapia ovarica.

Quando l'opoterapia non dà risultati, la valeriana può essere utile.

L'igiene fisica e psichica non deve essere trascurata nella terapia del climaterio.

R. LUSENA.

Nella pertosse.

Il *Journ. de méd. de Paris* (25 aprile 1929) consiglia la seguente formula:

Bromuro di potassio
Bromuro di ammonio ana g. 2
Bromuro di sodio g. 4
Cloralio idrato g. 3
Sciroppo di cortecce d'arancio amaro cmc. 60.

Un cucchiaio contiene 50 centigrammi di cloralio.

Prima dei 5 anni, un cucchiaino da tè, 3-4 volte nelle 24 ore; dopo i 5 anni, un cucchiaino da frutta 3-4 volte al giorno. Consigliabile in presenza di tosse spasmodica senza segni di bronchite.

Lo stesso giornale riporta la seguente formula:

Estr. di canape indiana g. 1
Estr. di belladonna g. 0,50
Sciroppo del tolù g. 40

e consiglia di prenderne un cucchiaino da caffè, 4-8 volte al giorno. Tenuto conto che un cucchiaino da caffè contiene circa 5 g., si verrebbero a dare in tal caso cg. 12,5 di estratto di canape indiana e cg. 6,2 di belladonna; la dose massima è rispettivamente di cg. 2 e 3 e dovrebbe anche essere diminuita, trattandosi di bambini.

Abbiamo ritenuto opportuno di riportare tale prescrizione allo scopo di richiamare l'attenzione dei lettori sulla necessità di controllare sempre le ricette che si vedono riportate sui periodici medici per vedere che non vi siano eventuali errori. Una svista, uno sbaglio di stampa che sfugge possono determinare conseguenze gravi. Può darsi che la ricetta sopra riportata sia stata presa da un giornale inglese e che l'indicazione ivi data di *gr.* sia stata intesa come *grammi*, mentre si trattava di *grani* (cg. 6). È questa un'altra sorgente di grave confusione, dovuta al malvezzo di non seguire le norme stabilite per l'abbreviazione dell'indicazione dei pesi. Il grammo, nel sistema metrico decimale, si abbrevia in *g.* e non in *gr.*, che è invece l'abbreviazione di *grano* per le misure anglo-americane. Tale erroneo sistema di abbreviazione è seguìto, purtroppo, anche da diversi autori ed in parecchi libri; cito fra questi il « Medicamenta », che è ottimo sotto tanti altri rapporti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Metodo Walbaurn per la cura della tubercolosi. — Al dott. C. L., da S.:

La cura salimetallica, elaborata da L. E. Walbaurn nell'Istituto Serologico Statale Danese, ha una larghissima base sperimentale.

Le ricerche furono orientate a trovare delle sostanze atte a stimolare la produzione di anticorpi negli animali sottoposti ad immunizzazione attiva. Partendo dal concetto che la produzione di anticorpi sia la risultante di una attività enzimatica, Walbaurn pensò di utilizzare l'azione catalitica di alcuni metalli, nello stimolare le fermentazioni. Egli dette la preferenza ai cloruri (salvo qualche eccezione), poichè sono tra i sali più dissociabili e dato che l'azione catalittica sembra legata alla ionizzazione.

Le ricerche furono condotte in grande stile, utilizzando 42 metalli, compresi i più rari e

difficili a procurarsi, con un enorme consumo di animali.

In primo tempo W. riuscì a promuovere la produzione di tossina antidifterica nel cavallo e di tossina anticolica nelle capre. Tre buoni effetti conseguiti lo indussero a saggiare il metodo per la terapia delle infezioni. In primo tempo s'indirizzò al tifo murino: per ogni serie di ricerche impiegava persino 50-100 ratti. Potè accertare che due metalli, impiegati in dosi infinitesimali, sono dotati di azione curativa marcatissima: il cesio e l'iridio. Poi rivolse le ricerche alla cura della tubercolosi sperimentale. Come animali da esperimento impiegò prima i ratti, poi le cavie ed i conigli; questi ultimi si prestano di più, perchè sono di una sensibilità media alla tubercolosi.

Le ricerche venivano condotte con molto rigore; per es., s'inoculava una quantità determinata di batteri (1 millesimo di milligrammo), con determinata virulenza, sempre per via endovenosa. Due metalli a dosi infime, si dimostrarono in grado di rallentare molto il processo tubercolare e perfino di arrestarlo e guarirlo: il manganese e, un po' meno, cadmio; altri furono attivi, ma in molto minor grado: samario, lantanio, cerio, molibdeno, platino, nichel, bario, alluminio. Gli altri furono tutti inerti. Da queste ricerche emerse l'influenza preponderante del dosaggio: i risultati migliori si ottennero da diluitissime soluzioni, 0,0005 normali, in quantità di 1 cmc. per kg. di peso. Due più deboli erano poco o niente inattive. Elevando la dose, l'effetto utile cessava e più l'evoluzione della malattia si accelerava: in altri termini, la zona maneggevole è molto ristretta, il che costituisce un grave inconveniente del metodo.

L'azione sarebbe dissimile da quella esercitata dalla sanocrisina, che si crede sia eziotropa.

I buoni risultati sperimentali consigliarono di provare l'azione e l'effetto dei sali metallici nel trattamento della tubercolosi umana.

Il sale che ha risposto meglio anche in clìnica è il cloruro di manganese. La soluzione usata da Walbaurn per le ricerche sperimentali risultò d'impiego troppo incomodo, perchè troppo diluita.

Dopo vari tentativi, Helms e Fredriksen si sono attenuti a 0,03 N (60 volte più concentrata); Lunde preferisce 0,025 N (ossia 50 volte più concentrata).

La soluzione può essere preparata da un buon farmacista, usando cloruro di manganese chimicamente puro « per analisi », corrispondente alla formula C_{12} Mn. + 4 H_{20}: lo si fa disseccare su acido solforico, per 24 ore; allestita la soluzione 0,03 N, la si chiude in fiale, che si sterilizzano a 120° C.

La soluzione però perde gradatamente di efficacia. Per rimediare a questo inconveniente, si possono allestire delle fialette contenenti 1187 milligrammi del sale secco; sterilizzando a 80° C.; al momento dell'uso, il medico ne diluisce il contenuto in 20 cmc. d'acqua bidistillata sterile: ne risulta una soluzione 0,03 N (con pH. 6,8). Se si desidera una soluzione 0,02 N, basta diluire con 30 cmc. di acqua.

Si preparano anche delle soluzioni stabilizzate: così il « metallosal mangan » del commercio risulta di cloruro di manganese e cloruro di sodio ana mg. 40, acido lattico, cloroformio ana mg. 10, acqua cmc. 1. Nel « metallosal cadmio » il cloruro di manganese è sostituito da cloruro di cadmio, in ragione della terza parte.

Le soluzioni sono molto irritanti. Per solito si ricorre alla via endovenosa. Il liquido si inietta con lentezza, evitando d'infiltrare i tessuti circostanti alla puntura. In linea eccezionale, si è ricorso ad iniezioni intramuscolari (diluendo la soluzione a 0,01 N).

Si preferisce eseguire le iniezioni al mattino, a digiuno. Di regola, Helms e Frederiksen praticano iniezioni di 4 cmc., ripetendole 2 volte a settimana, per 30 settimane; ma in soggetti deperiti o che presentano elevazioni termiche, preferiscono iniziare con 2 cmc., od anche con 1 cmc., aumentando di 0,5 cmc. fino a raggiungere il limite di 4 cmc., e distanziandole di 5 giorni; inoltre praticano le iniezioni in 3 serie di 10 settimane. Sospendono le iniezioni durante le mestruazioni.

Non dissimile è il dosaggio usato da altri autori. La cura viene regolata sulla temperatura: si evitano i forti risentimenti termici.

L'esiguità del dosaggio è già una garanzia d'innocuità; tuttavia si osservano, oltre ad arrossamenti locali, anche congestioni fugaci del capo, a volte cefalgie, sonnolenza od insonnia, palpitazioni, qualche ipertermia immediata o tardiva; si è segnalato qualche caso di emottisi. All'esame del sangue si ha ipoleucocitosi temporanea (fase negativa).

I lavori di Walbaurn e dei suoi collaboratori e continuatori sono pubblicati prevalentemente in periodici scandinavi, ma anche in periodici francesi e tedeschi. Cfr. in particolare: *C. R. Soc. de Biol.*, *Ann. Institut Pasteur* e *Zeitsch. f. Tuberk.*, 1926-1929; Cfr. anche A. Frederiksen, *Semana Méd.*, 21 marzo 1929; G. Sayago e A. Marsel, *ibidem*, 14 marzo e 18 aprile 19[illegible]

Il metodo ha aperto una nuova strada alla terapia. Disgraziatamente però ha preparato anche l'introduzione ciarlatanesca di una serie di rimedi « catalizzatori » o supposti tali, con evidente pregiudizio della terapia.

B. R.

All'abb. n. 6236:

1) Il concorso per la nomina di 50 tenenti medici in s. p. e. sarà bandito con circolare in corso di pubblicazione sul *Giornale militare*, dispensa del 16 corr. mese.

2) Perdura la disposizione dell'obbligo di servizio impegnativo di 6 anni. Tale impegno

deve essere specificato nella domanda di concorso.

3) Non vi sono disposizioni speciali per gli ex-sottotenenti medici di complemento nè nei riguardi del concorso, nè nei riguardi del corso d'integrazione presso la Scuola di applicazione di sanità militare.

4) I concorrenti ammogliati dovranno unire alla domanda di concorso un atto notorio da cui risulti genericamente l'esistenza patrimoniale, atta a garantire la rendita di cui all'art. 1 della legge 11 marzo 1926, n. 399 (*Gazzetta Ufficiale*, 15-3-926, n. 61). I vincitori del concorso dovranno entro il termine di due mesi dalla comunicazione del risultato del concorso stesso chiedere al Ministero della Guerra l'autorizzazione a produrre nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926, n. 399 le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali.

CR.

VARIA.

Il fondamento psicologico dell'anamnesi.

L'anamnesi è trascurata dalle giovani generazioni di medici — dice G. Grund (*Münch. Mediz. Woch.*, 11 genn. 1929) — troppo presi dal numero e dalla perfezione dei moderni metodi di indagine clinica.

L'anamnesi è quanto l'ammalato sa della sua malattia, quindi per ben raccoglierla e per darle il suo giusto valore è necessario risalire la via per cui questi arriva alla conoscenza e al concetto del proprio stato morboso.

Ammesso che ogni sensazione giunge alla nostra coscienza per via nervosa, vanno prese subito in considerazione le malattie che colpiscono direttamente gli organi di senso. In questo caso l'alterazione della funzione si impone talmente all'attenzione del malato che questi sarà un buon osservatore e un fedele narratore dei suoi disturbi.

Molto più frequente e molto più complesso è il caso in cui la malattia si manifesti come una alterazione sia della sensibilità generale sia di quella che generalmente va sotto il nome di somatoestesia. L'ammalato giudica un suo organo in stato anormale quando il complesso di sensazioni, che è abituato a percepire di esso, si allontana dalla norma. Ma se ciò è spesso facile e chiaro, molte volte la netta sensazione della presenza di un organo è patologica, mentre la morbosa sensibilità dei neurastenici e di alcuni psicopatici può far credere patologica la sensazione normale. L'ammalato, dunque, nel farsi un concetto della sua malattia deve seguire una via analoga a quella del medico senza averne l'esperienza e la perfetta conoscenza degli stati normali.

Un ultimo caso è quello in cui la lesione giace in una parte del corpo accessibile alla sensibilità specifica. Quando l'ammalato può, ad esempio, vedere la sua lesione, il processo psicologico che egli deve compiere è molto più semplice e si limita nella maggior parte dei casi ad una comparazione della parte malata con una corrispondente sana. Questa comparazione congiunta alle lesioni della funzione e alle abnormi sensazioni lo condurrà a farsi un concetto esatto della sua malattia.

Tutto ciò vale per l'anamnesi di una malattia in atto o recentissima, mentre in tutti gli altri casi entra in giuoco un fattore che complica notevolmente il problema: la memoria.

La durata della memoria di un fatto dipende innanzi tutto dall'organo di senso che il fatto ha colpito. La sensibilità generale somatica generalmente in giuoco nelle malattie è quella che meno si presta in questo senso. Altro fattore importante è l'attenzione che il malato ha rivolto ai suoi disturbi, attenzione variabile da caso a caso e, soprattutto, non sempre rispondente perchè quello che è importante per il medico non lo è per l'ammalato. Terzo fattore: la valutazione del tempo. Quando l'ammalato non ricorda direttamente, supplisce con la logica e con riavvicinamenti a fatti che hanno segnato una data nella sua vita. A ciò va aggiunta la tendenza che il malato ha ad aggruppare le singole sensazioni sotto gruppi che egli ritiene come unità morbose e che restano come tali nella sua memoria. Questi vari gruppi associati tra loro, a loro volta influenzati da diagnosi udite da altri medici ed elaborati dalla fantasia del malato, giungono così a chi fa l'anamnesi. E solo se questi risalirà tutta questa complessa via che da quel che il malato racconta di aver avuto lo ricondurrà al sintoma dal malato realmente presentato, potrà esser sicuro di aver fatto una anamnesi obbiettiva ed utilizzabile.

TORRIOLI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

I. TANSINI. *Una varietà di appendicite sottoepatica.* — F. Vallardi, Milano, 1929.

L. LUCIANI. *Cura diretta locale delle malattie delle vie respiratorie con aria medicata.* — Stabil. Graf. Fagiolini, Livorno, 1929.

L. CIARROCCHI. *La reazione di Meinicke con antigene colorato nella malaria e nella tubercolosi.* — Rif. Medica, Napoli, 1929.

P. ZEVI. *Per l'assicurazione malattie con speciale riguardo all'agricoltura.* — Soc. An. Tip. Luzzatti, Roma, 1929.

G. C. RIQUIER. *La terapia chirurgica nelle malattie organiche del sistema nervoso.* — Tip. Studium, Napoli, 1929.

G. MIRONE e A. REITANI. *Contributo allo studio sull'eziologia della parotite epidemica.* — Tip. Op. Rom., Roma, 1929.

V. MARCONI. *Aiuto materno e consultorio per lattanti.* — Soc. Ed. « Cremona Nuova », 1929.

L. SESTINI. *Sul controllo sanitario degli emigranti di ritorno.* — Tip. Op. Romana, Roma, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ordini dei Medici della Sicilia.

I nuovi Consigli Amministrativi.

Ordine di Palermo: Designati dal Sindacato: prof. Antonino Bentivegna, prof. Edoardo Calandra, dott. Raffaele Cassar, dott. Rosolino Petrotta. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: prof. Michele Pavone, prof. Saverio Latteri, dott. Alfredo Foti, dott. Cosimo Urso. Presidente il prof. Antonino Bentivegna.

Ordine di Catania: Designati dal Sindacato: dott. Antonio Elia, prof. Ottorino Pintaura, dott. Pietro Lo Giudice, dott. Vincenzo Flavetta. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: prof. Eugenio Aguglia, dott. Salvatore Marcellino, dott. Antonino Buscemi Patanè, dott. Ferdinando Magrì. Presidente il prof. Eugenio Aguglia.

Ordine di Messina: Designati dal Sindacato: on. prof. Gaetano Vinci, prof. Pasquale Gazzara, dott. Giovanni Tomaselli, dott. Francesco La Torre. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: prof. Stefano Puglisi Allegra, prof. Letterio Cannavò, prof. Giuseppe Falco, dott. Saggio Giacinto. Presidente l'on. prof. Gaetano Vinci.

Ordine di Caltanissetta: Designati dal Sindacato: dott. Emilio Nicosia, dott. Calogero La Fisca, dott. Giuseppe Mastrosimone, dott. Gaetano Piazza. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: dott. Enrico Nuara, dott. Francesco Bongiorno, dott. Pasquale Benza, dott. Giovanni Battaglia. Presidente il dott. Enrico Nuara.

Ordine di Agrigento: Designati dal Sindacato: dott. Giovanni Cremona, dott. Calogero Di Leo, dott. Giovanni Moscato, dott. Vittorio Salvago. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: dott. Giuseppe Argento, dott. Alessandro Cestelli, dott. Emanuele D'Angelo, dott. Nicolò Sammartino. Presidente il dott. Emanuele D'Angelo.

Ordine di Enna: Designati dal Sindacato: dott. Angelo Vetri, dott. Giuseppe Termine, dott. Filippo Buscemi, dott. Salvatore Bellomo. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: dott. Enrico Anzalone, dott. Benedetto Farina, dott. Raffaele Parlato, dott. Giuseppe Cortese. Presidente il dott. Enrico Anzalone.

Ordine di Siracusa: Designati dal Sindacato: dott. Angelo Cassia, dott. Michele Cassola, dott. Carlo Monteforte, dott. Francesco Randone. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: dott. Marcellino Alagona, dott. Luigi Cassone, dott. Francesco Italia, dott. Francesco Lutri. Presidente il dott. Francesco Randone.

Ordine di Trapani: Designati dal Sindacato: dott. Salvatore Scarcella, dott. Vincenzo Baviera, dott. Francesco Angileri, dott. Eugenio Scio. — Eletti dall'assemblea degli inscritti: dott. Vincenzo Genna, dott. Vincenzo Lentini, dott. Rosario Doria, dott. Salvatore D'Amico. Presidente il dott. Vincenzo Genna.

Una sentenza della Cassazione sui prezzi dei medicinali.

Il Ministro dell'Interno, con R. Decreto 30 giugno 1926 approvava le Tariffe per la vendita dei medicinali al pubblico, e stabiliva che costituisce reato il vendere le Specialità Medicinali, a prezzo diverso da quello segnato. In base a questo Decreto hanno avuto luogo diversi giudizi per contravvenzioni. La maggioranza dei Magistrati ha condannato la violazione della Legge; sia che si vendesse al disopra come al disotto del prezzo segnato; ma ultimamente, qualche magistrato aveva deciso diversamente. Così aveva assolto il Pretore di Catania.

Il Tribunale di Firenze aveva ritenuto non obbligatorii i prezzi di vendita delle specialità, e assolto, in conseguenza, una Ditta che era stata condannata in Pretura.

L'incertezza nella interpretazione della Legge determinava grave disagio, ed era attesa una decisione della Corte Suprema; per norma di tutti gli interessati. Il Pubblico Ministero aveva ricorso contro la sentenza del Tribunale di Firenze e la 2ª Sezione della Cassazione, presieduta dal sen. Puijà, con sentenza stesa dal Consigliere Renda, Procuratore Generale Marra, ha annullato la sentenza del Tribunale, dichiarando che il Decreto 30 giugno 1926 è legittimo; e che sono obbligatori, non soltanto i prezzi massimi ma i minimi stabiliti per i medicinali preparati in farmacia, ma anche i prezzi delle Specialità nella misura risultante dall'etichetta

Ne deriva che la vendita per un prezzo maggiore o minore costituisce contravvenzione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aiello del Sabato (*Avellino*). — L. 6500, oltre a L. 6 annue per ogni povero in più dei 500; 5 aum. quadrien. del decimo, ind. cavalcatura lire 3000. Scad. 15 sett. Rivolgersi Segreteria Comunale.

Carrodano (*La Spezia*). — Per titoli. Stipendio annuo lorde L. 8200. Indenn. annua quale uff. sanitario L. 500. Aumenti periodici di un ventesimo ogni due anni e per dieci bienni. Età 25, 30 anni s. e. l. Documenti di rito. Scadenza 15 settembre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Castelfranco Emilia (*Modena*). — Terzo Reparto. L. 8000, 5 aum. quadrien. del decimo, cavalcatura L. 3000, ambulatorio L. 500, c.-v. Età 21-40 anni, salvo eccezioni di legge. Scad. 5 sett.

Catania. *R. Prefettura*. — Posti di Ufficiale Sanitario per i Comuni di Aci S. Antonio, Calatabiano, Fiumefreddo di Sicilia, Gravina di Catania, Mascalucia, Motta S. Anastasia. Per titoli ed esami. L. 5700 e 4 aumenti periodici del decimo. Elenco titoli in doppia copia. Età mass. 45 anni, salvo per medici provinciali con almeno 6 anni

di effettivo servizio, gli ufficiali sanitari con nomina almeno biennale o con nomina provvisoria ed almeno 3 anni di ininterrotto servizio, per medici impiegati di ruolo in Uffici di igiene o laboratori medico-micrografici. Domande singole per ogni posto. Scad. 20 settembre.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nova.* — Primario medico della Sezione cronici dell'Ospedale di Careggi. L. 5225 lorde, oltre a proventi eventuali dai malati a pagamento. Titoli ed esame. Età mass. 45 anni; almeno 7 anni di laurea e 5 di servizio (in Ospedali o Cliniche o Istituti di Patologia medica), di cui 3 come effettivi. Pubblicazioni in almeno 5 esemplari. Nomina per un biennio, conferma per un quindicennio. Scad. ore 17 del 12 sett.

FROSINONE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore del Laboratorio di Igiene e Profilassi, Sezione Chimica. Stipendio L. 15.000, oltre indenn. di servizio attivo del 20 % e tre aumen. periodici fino a raggiungere stipendio L. 17.400. Scadenza 21 settembre. V. N. 33.

MANTOVA. — Ufficiale sanitario medico capo Uff. Igiene. Titoli ed esami. Stip. L. 13.500, con 5 aum. quadrien. del decimo; indenn. carica lire 2500, c.-v. per coniugati, compensi di legge; vietato esercizio profess. Scad. 30 sett.

MATERA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami; 18 posti di ufficiale sanitario per i Comuni di Accettura, Bernalda, Genzano, Grassano, Montescaglioso, Palazzo S. Gervasio, Stigliano, Tricarico, Grottole, Miglionico, Montalbano Jonico, Novasiri, Pomarico, Rotondella, Salandra, S. Giorgio Lucano, S. Mauro Forte. Valsinni. Stipendio: per i primi 8, L. 4000 con quattro quadrienni del decimo, per gli altri L. 3000. È consentito il libero esercizio professionale. Età mass. 45 anni, salvo eccezioni di legge. Elenco titoli in doppia copia. Domande separate per ciascun posto. Scadenza ore 12 del 1° novembre.

MERCATINO MARECCHIA (*Pesaro e Urbino*). — 3ª condotta residenziale; L. 8000 con 5 aum. quadr. del decimo, cav. L. 3000, c.-v. Età mass. 40 a., salvo per quelli in serv. in altre Amministraz. pubbl. Elenco documenti e titoli in doppia copia. Scad. 31 ag.

ORTONA DEI MARSI (*Aquila*). — 2ª condotta. Lire 9500; inden. cav. L. 2700; età mass. 35 a. dal 4 ag. Scadenza 31 agosto.

RECANATI (*Macerata*). — 2ª condotta medica residenziale, con circa 2096 abitanti; L. 7000 con 3 aumenti del decimo; per ogni povero in più oltre il quarto della popolazione, L. 3. Età massima 35 a., salvo per quelli già in serv. in altre Ammin. Scad. 15 sett.

ROCCA DI CAMBIO (*Aquila*). — Interino fisso. Retribuzione annua, per i soli poveri, L. 10.325, oltre L. 475 quale uff. sanitario. Popolazione tutta agglomerata di oltre 1225 abitanti. Il paese non ha frazioni. Assunzione servizio 1° settembre. Rivolgere domande al Commissario Prefettizio di Rocca di Cambio (Aquila).

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — E' aperto il pubblico concorso per titoli e per esami al posto di ispettore generale sanitario del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Roma, al quale è affidata la direzione sanitaria ed amministrativa del Consorzio stesso, con divieto dell'esercizio professionale e di qualsiasi altra attività del genere.

Al posto è annesso l'annuo stipendio di L. 50.000 con 4 aumenti quadriennali di un decimo.

Il nominato sarà iscritto presso la Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari.

Gli aspiranti dovranno documentare oltre al possesso dei comuni requisiti per concorrenti a pubblici impieghi, il possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita entro il 31 dicembre 1924, o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nelle condizioni previste dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2029, nonchè l'effettivo servizio prestato almeno per un triennio presso un Ospedale o Clinica od Ospedale Sanatoriale.

I limiti di età minimo e massimo sono stabiliti in 30 e 40 anni rispettivamente, salve le eccezioni di legge per gli ex-combattenti.

Le domande in carta da bollo da L. 2 dirette al Presidente del Consorzio Antitubercolare (Roma, via IV Novembre 119-A) saranno accettate fino alle ore 19 del 30 settembre p. v.

L'esame consisterà in una sola prova scritta di cultura, con speciale riguardo alla materia tubercolare ed alle funzioni future del concorrente; la Commissione avrà facoltà di sottoporre i candidati a prove pratiche complementari.

La nomina varrà soltanto per un anno di prova, salvo conferma se l'esperimento riuscirà favorevole.

Per informazioni rivolgersi al Segretario generale dell'Amministrazione Provinciale di Roma.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Per titoli ai seguenti posti di medico di Riparto: Raiano (Ancona), S. Giovanni in Persiceto (Bologna), Borgo S. Lorenzo I (Firenze), Arona I e Villamaggiore (Milano), Amantea II e Roccella Jonica (Reggio Calabria). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati sopra fra parentesi). Scadenza ore 17 del 21 settembre 1929.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedale Riuniti di Roma.* — Concorsi per 30 assistenti medico-chirurghi; 5 ass. ai Gabin. patologici; 3 ass. di Gabin. radiologico; 1 ass. per la specialità oculistica; 1 ass. per l'otorinolaringoiatria. L. 4500 e c.-v.; età mass. 30 anni, salvo eccez. per mutil. e ex-combatt. Iscrizione all'Ordine dei Medici di almeno un anno anteriore all'8 agosto 1929; cert. di sana e rob. cost. Nella domanda di ammissione al concorso dichiarare il domicilio in Roma e dichiararsi esplicitamente intesi che la nomina non è fatta per un determinato Ospedale e che essa viene fatta alle condizioni tutte e con gli obblighi risultanti dal Regolamento 21 giugno 1927, numero 14130. Domande alla Segreteria generale del Pio Istituto. Scad. ore 16 del 1° ott. Norme del concorso secondo il citato Regolamento.

S. ARCANGELO DI ROMAGNA. — Quarta condotta. Obbligo cura poveri fino al 18 per cento; oltre tale limite: fino a 200, L. 3 per ogni povero, fra 200-400, L. 4, oltre, L. 5. Stip. L. 9000, con aumento 10 bienni del ventesimo; indenn. trasporto L. 3000; c.-v. Età anni 21-35, salvo eccez. legali. Curriculum vitae. Scad. 31 ag.

S. MARCO ARGENTARO (*Cosenza*). — 2ª e 3ª condotta; L. 6000, con 5 aum. quadrien. del decimo; cavalcatura circa L. 1500. Poveri circa 400 per ogni condotta; età a. 21-40, salvo eccezioni legali. Scad. 30 agosto.

TARQUINIA (*Viterbo*). — Condotta chirurgica residenziale. Stipendio L. 20.000 soggetto a R. M. e Monte Pensioni, così diviso: L. 9500 del Comune e assegno di L. 10.500 a carico Ospedale locale. Indennità caro viveri. Aumento stipend. Comune L. 1000 annue e aumento assegno Ospedale L. 1000 annue entrambi ogni quadrien. e per cinque quadrienni. Scadenza 12 settembre. V. N. 33.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Posti di med. chir. assistente straordinario scoperti e vacanti entro 6 mesi dalla data degli esami. L. 3915 per i celibi e L. 4275 per gli ammogliati. Nomina per un anno, eventualmente passaggio ad ordinario senza esami. Età mass. 30 a. al 31 ag. Domande e documenti al Protocollo dell'Ospedale. Titoli ed esami; programma nell'Uff. del Direttore. Scad. ore 18 del 31 ag.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — 1ª condotta e direttore operatore civico Ospedale. L. 8000 con 5 quadrienni del decimo; come direttore Ospedale L. 1200, inden. trasporto L .2500; c.-v. Scad 31 ag.

Medico-chirurgo 40enne, ex-combattente, lunga pratica condotta e ospedale, desidera interinato, probabile nomina stabile, alta e media Italia. Scrivere Cartoleria Travaglia, Monselice (Padova).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Commissione Amministrativa del Civico Ospedale di Hirsch, all'occasione del decennio di brillante servizio primariale ha nominato all'unanimità, chirurgo primario emerito ad vitam dell'Ospedale, il prof. Enrico Sciaky di Salonicco. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Il XXII Congresso dei Medici condotti a Cagliari.

In una circolare recente, tale Congresso viene fissato per i giorni dal 20 al 23 settembre. Vi dovranno partecipare tutti i 92 Segretari provinciali, che dovranno altresì fare opera di propaganda presso i medici condotti perchè questi intervengano in massimo numero, tanto più che, alle attrattive di interesse politico ed associativo, si aggiungono quelle di interesse turistico.

Quota di partecipazione L. 20, da farsi pervenire al dott. Virgilio Cruccu a Terralba (Cagliari). Quota di viaggio (da Civitavecchia e ritorno), vitto e pernottamento per i giorni dal 19 al 23 settembre, L. 550 per ogni partecipante.

Il convegno è fissato per il 19 settembre a Civitavecchia, da dove si farà l'imbarco per Cagliari alle ore 21,30.

Il Congresso di Medicina del Lavoro.

La Commissione Internazionale Permanente per la Medicina del Lavoro ha definitivamente fissato a Napoli la sede dell'ottavo Congresso nazionale di tale scienza. Il Congresso avrà luogo dal 10 al 13 ottobre e saranno discusse le seguenti relazioni: 1) on. prof. Nicolò Castellino, direttore dell'Istituto di Medicina del Lavoro di Napoli: « Il lavoro nei porti »; 2) prof. Luigi Ferrannini, direttore della Clinica Medica di Cagliari: « Il lavoro nelle miniere »; 3) prof. Aiello e dott. Nebuloni della Clinica del Lavoro di Milano: « Biologia e clinica nell'organizzazione scientifica del lavoro ».

Al Congresso sono ammesse le comunicazioni o i rapporti sia da parte di professori italiani che stranieri.

Il prof. Lattes, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Modena, parlerà sul tema: « Incongruenze nel risarcimento degli infortuni agricoli ».

Presidente del Congresso è stato nominato l'on. prof. Nicolò Castellino. Le comunicazioni e le iscrizioni si ricevono presso la Clinica del Lavoro di Milano o presso l'Istituto di Medicina del Lavoro di Napoli.

Congresso monografico del cancro cutaneo.

Nei giorni 29 e 30 ottobre verrà tenuto in Barcellona un Congresso, sotto la presidenza del prof. Jacques Peyrì, dedicato unicamente agli studi sui tumori cutanei. Le comunicazioni che si desiderano presentare dovranno essere preannunziate prima del 30 settembre al segretario dott. Sébastien Montserrat, Montjuich del Obispo 4, ent. 1ª, Barcellona, al quale ci si può indirizzare per ulteriori chiarimenti.

Il Convegno annuale della Società Tedesca per l'infortunistica e le assicurazioni.

Si terrà a Berlino, nell'Aula Magna del Ministero del Lavoro (Scharnhorststrasse 35) il 21-22 settembre.

Sono annunciate le seguenti relazioni: Magnus: Il complesso sintomatico varicoso ed i suoi rapporti con l'infortunio; Kraus: Malattie interne ed infortunistica; W. Baader: Le malattie industriali, un nuovo compito per il medico; O. Neustätter: Nuovi rapporti fra la medicina e l'assicurazione sulla vita; Ehrlich: L'irrigidimento cronico della colonna vertebrale; H. Lossen: Perizie infortunistiche röntgenologiche.

Un Corso per i medici sportivi.

Si terrà allo Stadio di Wald a Francoforte sul Meno, dal 25 agosto al 6 settembre. Contemporaneamente, vi sarà un'esposizione riguardante lo « Sport e l'uomo », organizzata dal Museo tedesco d'igiene e vi saranno le sedute dell'associazione tedesca per l'educazione fisica.

L'aumento della popolazione italiana.

Dai rilievi dell'Istituto Centrale di Statistica risulta il grande sviluppo della popolazione italiana. Nel 1700 essa ammontava complessivamente a 16.477.000 abitanti, con una media di 57,5 abitanti per kmq.; nel 1800 essa era salita a 18 milioni 125.000 (63,2 ab. per kmq.); nel 1825, a 19.721.000 (68,8); nel 1852 a 24.348.000 (85); nel 1872 a 26.801.000 (93); nel 1901 a 32.475.253 (163,3); nel 1928, comprese le nuove popolazioni

annesse dopo la guerra, a 41.173.000 (132,8). Appare così che, *in un secolo*, tra il 1825 e il 1928, *la popolazione italiana si è più che raddoppiata.*

Onoranze ad un giornalista medico.

A Livorno, nella sede dell'Ordine dei Medici, per molti anni da lui degnamente presieduto, convennero i rappresentanti della Classe medica per festeggiare in Federigo Pellegrini il ritiro dall'esercizio professionale dopo un trentennio di attività professionale.

Al festeggiato fu offerto un album con le firme dei colleghi della provincia ed una splendida medaglia d'oro ricordo. Furono pronunziati affettuosi discorsi.

Contro il vaiuolo nella flotta inglese.

In seguito alla recente epidemia di vaiuolo in Inghilterra, l'Ammiragliato inglese ha deciso che tutto il personale della flotta inglese dislocata anche in altri paesi ed in altri continenti dovrà essere nuovamente vaccinato.

Il personale totale della flotta in servizio attivo in ogni parte del mondo ammonta attualmente a quasi centomila persone, sicchè la preparazione di così ingenti quantità di vaccino esigerà il lavoro di alcuni mesi.

Rileviamo con vera soddisfazione questa resipiscenza dell'antivaccinista Inghilterra la quale, dopo diversi anni che vi infierisce il vaiuolo (sia pure in forma benigna) corre finalmente ai ripari.

L'on. Perna a Londra.

L'on. prof. Amedeo Perna è giunto a Londra per compiere la prima parte della sua missione scientifica.

Dopo essere stato ricevuto dall'ambasciatore Chiaramonte Bordonaro, l'on. Perna accompagnato dai proff. Montustrys e Low ha visitato l'ospedale italiano, il Royal Dental Hospital ed il Royal Free Hospital ricevuto con deferente simpatia dai clinici preposti alla direzione di quegli istituti.

Gli stomatologi londinesi hanno offerto un pranzo in onore del loro collega italiano.

Festeggiamenti al prof. Giuffrè.

Abbiamo già dato notizia (n. 24) della simpatica manifestazione fatta al prof. L. Giuffrè in occasione della sua ultima lezione.

Coincidevano quest'anno il 50° anniversario della laurea del prof. Liborio Giuffrè e insieme il 35° anno d'insegnamento, nonchè il raggiungimento dei limiti d'età per l'insegnamento universitario. Si sono poi avuti i festeggiamenti ufficiali. Allievi, assistenti, professori, amici ed autorità si sono riuniti a banchetto, nell'Hôtel des Palmes di Palermo, in numero di oltre cento. Allo spumante, l'aiuto della Clinica prof. M. Lombardo rivolse al prof. Giuffrè un vibrante saluto; quindi il presidente della Facoltà medica, prof. L. Manfredi, lumeggiò la nobile figura del festeggiato. Parlarono ancora il Podestà di Palermo, on. prof. S. Di Marzo ed il Magnifico Rettore prof. F. Ercole.

Il prof. Giuffrè rispose a tutti con commossa parola, manifestando i sentimenti del suo animo grato.

Le cure climatiche per i figli di italiani residenti all'estero.

Nel mentre i primi scaglioni dei figli di italiani residenti all'estero, dopo un mese di cura climatica al mare od ai monti, sono ritornati alle loro famiglie, altri ne sono arrivati ai primi di questo mese e cioè oltre 3600, provenienti dall'Inghilterra, dalla Francia, dalla Svizzera, dal Belgio e dalla Siria e godono già i benefici dell'aria pura e del bel sole nostro.

Un Congresso di medici della provincia di Alessandria.

Per iniziativa del dott. Bocca, medico condotto di Ponzone, si è tenuto in quel Comune un Congresso di medici della provincia di Alessandria per svolgere un programma relativo alla valorizzazione dell'aria, dell'acqua e del clima delle montagne dell'Acquese.

Oltre quaranta gli intervenuti, fra cui il dott. Agrifoglio in rappresentanza del Prefetto, il medico provinciale prof. Arullani, il prof. Martina di Acqui, il prof. Poggio di Alessandria; avevano inviato adesioni l'on. Rocca, personalità e numerosi medici.

Hanno svolto dissertazioni scientifiche i proff. Poggio ed Arullani ed altri medici.

Rivolta di cocainomani in un Ospedale di California.

A Los Angeles, in un ospedale che ricovera alcune centinaia di ammalati per la cura di disassuefazione dagli stupefacenti, si è avuta una rivolta da parte dei ricoverati, che avevano prestabilito un piano di fuga. Approfittarono del momento in cui si faceva la sostituzione degli infermieri notturni con quelli diurni e, ad un segnale prestabilito, si slanciarono su questi e sui guardiani e li ridussero in breve all'impotenza. Alcuni, poi, si diedero alla fuga, mentre altri invasero l'infermeria per impadronirsi degli stupefacenti ivi conservati e ne fecero largo consumo. L'intervento degli agenti di polizia pose fine alla rivolta, che si concluse con qualche ferito lieve e con la fuga di 13 malati, che sono attivamente ricercati.

L'alcool isopropilico.

Il Consiglio di Sanità della Germania ha preso in esame la questione dell'alcool isopropilico, che viene usato nell'industria dei cosmetici, per la disinfezione delle mani, ecc. Ha osservato che esso non offre nessun vantaggio, nè fisiologico, nè farmacologico, di fronte all'alcool etilico. Non ha inconvenienti per la preparazione di mezzi cosmetici, di profumi, brillantine, dentifrici, prodotti per massaggio (esclusa l'acquavite francese), nè come mezzo di disinfezione per le mani. Esso invece va escluso per la preparazione di prodotti farmaceutici, per uso interno come per l'esterno e per le sostanze alimentari.

In Italia ne è proibito l'uso per la preparazione di medicinali.

Il nuovo Governo Inglese e la lotta antialcoolica.

Il nuovo Governo inglese ha annunziato che verrà riveduta la Legge sugli alcoolici, ha rifiutato un alleggerimento di tasse, che era stato proposto da Churchill, il precedente Ministro del Tesoro ed ha proibito l'affissione di manifesti invitanti al consumo di alcoolici.

Le indennità liquidate a favore delle classi lavoratrici, nel 1928.

Il Patronato Nazionale che svolge a favore delle classi lavoratrici una viva opera di assistenza sociale ha liquidato, nel 1928, terzo anno di sua assistenza, oltre 100 milioni di indennità a infortunati, sia industriali che agricoli.

Si deve rilevare in proposito che 70 milioni erano state le corrispondenti offerte degli Istituti assicuratori.

La realizzata differenza di 30 milioni, in confronto ai 70 milioni delle indennità offerte, rappresenta un beneficio netto, superiore al 40 per cento di cui hanno goduto gli infortunati assistiti dal Patronato Nazionale.

La situazione sanitaria nelle carceri italiane.

Da una relazione della Direzione generale delle carceri e riformatorî, si rileva che nell'anno 1925 si accertarono 929 casi di tubercolosi negli stabilimenti carcerari, di cui 173 nelle donne e 756 negli uomini, mentre negli anni antecedenti si era manifestata una tendenza alla diminuzione. Tenuto conto della ripartizione distrettuale di questi casi, nel 1925 la percentuale relativamente più notevole, risultante per le carceri giudiziarie in rapporto alla popolazione detenuta, si ebbe nel distretto di Roma (1.09) e in quello di Firenze (0.69). Nelle case di pena le più rilevanti percentuali, in rapporto alla specie degli stabilimenti, si verificarono negli ergastoli, dove i tubercolosi si ragguagliano all'1,65 della popolazione detenuta nel 1924, e dell'1,87 nel 1925 (nel 1923, fu di 1,66).

Nel biennio in esame i suicidi furono in diminuzione, come pure i casi di epilessia.

Il consumo del caffè in Italia.

L'Agenzia « L'Italia d'oggi » rileva dalle statistiche brasiliane i seguenti dati interessanti, riferentisi al sempre crescente consumo di caffè brasiliano in Italia.

Dal 1881 al 1885 l'Italia ha importato circa 16 milioni di chili, ossia 266.666 sacchi da 60 Kg. ciascuno; ciò che corrisponde ad un consumo medio « per capita », di 580 grammi. Nel quinquennio 1904-1908 l'importazione è stata superiore a 20 milioni di chili, ossia di 333.330 sacchi. Nel periodo 1909-1913 l'importazione aveva raggiunto i 26 milioni di chili (433.330 sacchi) per culminare nell'anno passato con 45 milioni di chili (750 mila sacchi); ciò che corrisponde ad un consumo medio « per capita » di 1200 grammi.

Un lascito all'Ospedale di Pistoia.

Un milione ha lasciato per testamento all'Ospedale di Pistoia l'industriale cav. Gino Lazzareschi, morto recentemente in quella città.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 2 Settembre 1929 Num. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Speciale Chirurgica R. Università - Cagliari.
Direttore: Prof. GINO BAGGIO.

Contributo alla conoscenza delle lussazioni inveterate della spalla.

Dott. ANTONIO CARDIA, aiuto.

Non è facile dare una definizione esatta di ciò che debba intendersi per lussazione recente, antica ed inveterata. Gli autori partono da criteri diversi, ciascuno dei quali però, isolatamente considerato, è ben lungi dall'essere completo.

Così per taluni il criterio base, è rappresentato dal tempo: chiamano recenti le lussazioni fino ai 12-15 giorni, antiche fino ai 40, inveterate in seguito. Altri hanno preso come discriminante la irriducibilità, per cui sarebbero recenti le lussazioni riducibili, antiche, o meglio inveterate, quelle irriducibili. Questi ultimi non farebbero neppure distinzione netta tra le antiche ed inveterate, considerandole sotto lo stesso paragrafo.

Tanto il criterio del tempo come quello della irriducibilità sono troppo unilaterali e perciò insufficienti. Difatti il tempo è troppo labile ed elastico di per se stesso perchè possa prestarsi a schematizzazioni complete, e se non è messo in rapporto coi mutamenti che da esso dipendono, perde ogni significato.

Il secondo criterio, ossia l'irriducibilità, ha un fondamento più pratico, ma quando sia intesa subordinatamente. D'altra parte l'irriducibilità può essere primitiva, ossia prodursi al momento stesso della lussazione.

Donde la confusione indotta dai sostenitori di tale criterio tra le lussazioni primitivamente irriducibili e quelle in cui tale carattere è consecutivo.

Senza dubbio una lussazione, in tesi generale, è tanto più riducibile quanto più è recente e viceversa, ma ciò non toglie che anche a notevole distanza di tempo, sia ancora possibile la riduzione con mezzi incruenti. Kocher ha ridotto delle lussazioni che datavano da circa 6 mesi. La irriducibilità se è un carattere abituale, solito, frequentissimo dell'antichità di una lussazione, non ne è però affatto un carattere patognomonico. Essa è la conseguenza delle alterazioni anatomo-patologiche che sono intervenute nell'articolazione lussata. E poichè tali alterazioni intervengono con frequenza e con intensità proporzionale alla durata della lesione, ecco che l'irriducibilità è pure essa funzione del tempo dal quale la

lussazione dura, ma soltanto in linea indiretta. E, sostanzialmente, si dovrebbe invece dire che l'età di una lussazione va ricercata sempre nello stato anatomo-patologico, ossia nei mutamenti costitutivi dell'articolazione stessa. Tali mutamenti si determinano per gradi, attraversando periodi che, schematicamente, possono ridursi a tre:

1° periodo o periodo della lussazione recente. In questo si effettuano le riparazioni delle diverse ferite, muscolari, tendinee, capsulari ecc.: è, per così dire, il periodo della cicatrizzazione, da paragonarsi, in certo senso, al periodo post-operatorio dei traumatismi chirurgici. Durante questo periodo non dovrebbero aversi ostacoli seri alla riduzione. Teoricamente può calcolarsi che comporti in media dai 10 ai 15 giorni;

2° periodo o periodo dell'antichità della lussazione. La caratteristica anatomica è data dall'ulteriore evoluzione dei fenomeni cicatriziali e dall'accentuazione dei fenomeni regressivi. Il tessuto cicatriziale diventa fibroso, quindi più resistente, l'atrofia muscolare progredisce e con essa la retrazione: gli elementi costitutivi della articolazione si allontanano sempre più dal tipo normale. D'altra parte, la legge di adattamento tende a creare una nuova articolazione tra la testa lussata ed il punto dello scheletro col quale è venuta in contatto e sul quale si adagia. Così, mentre da una parte gli elementi dell'articolazione normale perdono sempre più la possibilità di riacquistare — anche se riposti — un buon funzionamento, d'altra parte la nuova articolazione si sforza di supplire nel miglior modo possibile all'antica.

Alla fine di questo doppio lavorio, la possibilità di ristabilire incruentemente i rapporti normali delle ossa è illusorio: l'arte non può, con i soliti mezzi, approdare a nulla. Volendo anche approssimativamente inquadrare nel tempo questo periodo, non lo si può: fattori di indole generica e specifica possono accelerarlo o ritardarlo talmente, che ogni previsione va errata.

Di modo che, se il criterio tempo può, in certo qual modo, sorreggere ed esistere per il 1° periodo, non lo può affatto per il 2°;

3° periodo o periodo dell'inveteramento della lussazione. A questo si arriva dal 2° quasi inavvertitamente ed insensibilmente. È caratterizzato da un insieme di fatti, che è difficile definire e che non potrebbero meglio esprimersi che come esito o risultante del 1° e 2° periodo. In altre parole, il 3° periodo, è il periodo delle lesioni definitive, il periodo di stato, la fase finale, conclusiva di un insieme di modificazioni che si sono svolte attraverso i due periodi precedenti.

La spalla, fre le varie articolazioni, è quella che dà un contributo notevole alle lussazioni inveterate. Si sono descritte persino delle lussazioni inveterate bilaterali. Contribuiscono a tale frequenza, cause diverse e cioè: 1) la frequenza stessa con la quale si hanno le lussazioni della spalla; 2) l'indolenza o negligenza dell'ammalato, che non rendendosi esatto conto della gravità della lesione, perde un tempo prezioso attendendo che la natura porti un alleviamento alla sua sofferenza ed alla sua incapacità funzionale; 3) errore di diagnosi, e ciò sopratutto nei piccoli centri dove manca il sussidio radiologico; 4) la presenza di una concomitante frattura dell'estremo superiore dell'arto. La cura dell'una e dell'altra lesione spesso non riesce contemporaneamente, sicchè capita di trovarsi di fronte ad una frattura del collo chirurgico ben consolidata, ma con lussazione ormai diventata inveterata.

Fra le varietà di lussazione inveterata della spalla, l'anteriore è quella che è più frequente: Smitol dà il 97.5 %, Finckh il 97 %. Come in ogni altra articolazione, così anche nella spalla, gli esiti di una lussazione inveterata sono sempre gli stessi: od una neo-artrosi od un'anchilosi. E l'esito è in rapporto al diverso trattamento che l'arto lussato ha subìto. Si formerà una neo-artrosi quando il paziente ha potuto più o meno precocemente riprendere i movimenti dell'arto, anche in modo limitato, in modo tale che la testa omerale, si è modellata sulla parte con cui è venuta a contatto, una specie di nicchia. Attorno si è costituita una nuova capsula, che per essere di origine connettivale, è poco estensibile. Quando invece manca una immobilizzazione precoce, manca anche la formazione della cavità: la testa omerale, usurata, aderisce sia con la faccia articolare sia con la sua porzione periferica, ai tessuti vicini, dando così luogo all'anchilosi.

Ma le lussazioni anteriori non solo sono più interessanti perchè più frequenti, ma anche perchè possono dar luogo a delle complicazioni svariate, sopratutto in rapporto ai vasi ed ai nervi. La testa omerale al momento dell'accidente fa spesso irruzione in mezzo al pacchetto vascolo-nervoso. Quivi restando inglobata, almeno in parte, dalla neoformazione cicatriziale, può determinare lesioni da compressione. La compressione può esercitarsi tanto sui vasi che sui nervi.

A carico dei vasi si sono riscontrati aneuri-

smi arteriosi, falsi aneurismi, aneurismi atero-venosi. Tali lesioni possono per sè sole imporre un trattamento particolare, controindicando persino un intervento sulla lussazione. I vasi talvolta aderiscono alla capsula della neo-artrosi, tal'altra al *margine della glenoide*, più di rado al collo omerale.

È raro che queste complicazioni aderenziali si rivelino con sintomi clinici: la loro conoscenza è perciò di capitale importanza, perchè permetterà di evitare, in eventuali interventi, la lesione dell'arteria o della vena ascellare o di entrambe contemporaneamente.

Le lesioni nervose possono dare disturbi motori, sensitivi, trofici. I disturbi sono o semplicemente funzionali o nevritici addirittura, a secondo che il nervo è semplicemente compresso, od inglobato nel tessuto fibroso, o che il suo stroma connettivale cada in preda a reazione infiammatoria. È da notare che la compressione protratta finisce per dare la sclerosi del tronco nervoso e quindi può mettere fine ai dolori. Ma questo è un esito che richiede molto tempo. La diagnosi di lussazione inveterata della spalla non offre in genere grandi difficoltà diagnostiche. Alla primitiva tumefazione, al primitivo dolore è subentrato uno stato di relativa calma: l'atrofia muscolare stabilitasi, rende facile l'esame dello scheletro. Nei casi controversi è di immensa utilità la radiografia o meglio più radiografie prese in posizioni diverse.

A diagnosi fatta, bisogna fare un attento esame per stabilire quale sia il grado di impotenza funzionale dell'arto; si potrà così vagliare quale metodo convenga adottare e quanto si potrà guadagnare col nostro intervento. Poichè è ormai incontestato che non tutte le lussazioni inveterate della spalla comportano identico trattamento. In genere ci si comporta così: quando in una lussazione della spalla si abbia una neo-artrosi che dà un funzionamento sufficiente, in genere ci si astiene da qualsiasi intervento, specie se si tratti di individui di età avanzata.

Viceversa si è d'accordo nel trattare quelle lussazioni che comportino impotenza funzionale più o meno assoluta, quando non ci siano controindicazioni particolari. E il trattamento può essere addirittura imposto nei casi di grave fenomenologia dolorosa. Il trattamento incruento, abbiamo già detto che, salvo rare eccezioni, non corrisponde. Il cruento si applica o sotto forma di riposizione o sotto forma di resezione. Spesso però non si può dire a priori quale delle due si adotterà: talora si inizia col proposito di fare una riposizione e si finisce con una resezione e viceversa. Per cui il trattamento di elezione lo si decide il più delle volte a cielo scoperto.

Illustrativo, specialmente riguardo al modo di insorgere e di decorrere dei fenomeni complicativi nervosi e delle loro esigenze terapeutiche, mi è sembrato un caso capitato nell'Istituto durante l'anno scolastico decorso.

R. G., da Modena, domiciliato a Meanasardo, anni 80, negoziante. Nessun dato nel gentilizio. Nessuna malattia degna di nota. L'attuale risale al 16 giugno 1927. Il paziente, camminando, scivolò, e nel cadere urtò con violenza l'avambraccio sinistro contro un muricciuolo. Avvertì subito intensa dolorabilità alla spalla omonima ed impedimento nei movimenti. L'indomani notò tumefazione. La dolorabilità e la tumefazione scomparvero in capo a pochi giorni; persistette invece l'impedimento funzionale. Trascorsero così circa due mesi e mezzo. In capo ai quali incominciò ad avvertire dei dolori che partendo dal moncone della spalla si estendevano fino alla mano. All'inizio i dolori erano saltuari e talvolta quasi accessionali: aumentavano con i tentativi di movimento e durante il riposo in posizione supina. Da saltuari divennero pian piano continui, più intensi, a tipo lancinante: l'ammalato non trovava più requie. Decise perciò di farsi ricoverare il 12 novembre 1927.

Esame obiettivo: Costituzione scheletrica regolare, masse muscolari e pannicolo adiposo ben conservati. Colorito della cute e mucose visibili roseo.

Apparato cardiovascolare: Alla punta toni confusi: 2° tono sulll'aorta rinforzato. Arteriosclerosi diffusa e marcata. Nulla all'apparato respiratorio ed agli altri organi e sistemi.

L'esame della spalla sinistra dà: configurazione a spallina di ufficiale: scomparsa del solco deltoide. Ipotrofia del braccio. L'avambraccio si presenta invece alquanto tumefatto e leggermente cianotico. La cute dell'avambraccio, e specie della mano, è scabra e ruvida. Il braccio è in leggera abduzione. Il gomito flesso ad angolo retto. L'avambraccio addossato alla superficie antero-laterale del tronco in leggera supinazione. La mano è appiattita nella sua faccia palmare, alquanto incavata in corrispondenza degli spazi intermetacarpali dorsali, con le ultime 4 dita ad artiglio. Il pollice esteso ed addossato al lato radiale della mano.

Ricercando, con opportune manovre, la testa dell'omero, non la si trova in sito: si riesce invece a metterla in evidenza al disotto del processo coracoideo. Il malato evita di compiere ogni movimento per il forte dolore che gliene deriva. Ad insistenza di chi l'esamina, riesce a compiere semplici accenni di movimento dell'articolazione della spalla. Questi accenni si compiono, allora, tanto in direzione antero-posterire che nel senso dell'abduzione. Cercando di provocare passivamente gli stessi movimenti, si avverte subito una difesa muscolare intensa: si arriva allo stesso grado su per giù dei movimenti attivi, nè è possibile insistere per la troppa sofferenza che essi provocano. L'avambraccio può essere esteso per metà circa della sua escursione normale: sia pas-

sivamente che attivamente. Oltre questo limite risulta infruttuosa anche ogni manovra passiva per le resistenze meccaniche al movimento e per il dolore. Le dita possono dirsi immobilizzate nell'atteggiamento su descritto. Esiste ipoestesia di tutto l'arto. L'esame radiologico dimostra chiaramente la testa dell'omero spostata in avanti ed al disotto del processo coracoideo. Data la sintomatologia clinica ed il reperto radiologico, nessuna difficoltà poteva presentare la diagnosi di lussazione anteriore inveterata della spalla sinistra (varietà sottocoracoidea) associata a fatti evidenti di compromissione del plesso brachiale. Dato ciò, la prima considerazione da farsi era questa: si trattava indubbiamente di una complicazione di indole nervosa, marcata e per di più a tendenza progressiva.

Il paziente, continuamente tormentato dai dolori divenuti continui ed a tipo lancinante, non poteva più tollerare questo stato di cose ed implorava di esserne liberato.

Un tentativo di riduzione incruento non era nemmanco da prospettare: non rimaneva quindi che la via cruenta che avrebbe, con ogni probabilità, condotto alla resezione. D'altra parte l'età, lo stato di arteriosclerosi diffuso, le condizioni generali, non erano certo le più propizie per un intervento, tanto più che specie per le condizioni del plesso brachiale non si poteva sperare nell'anestesia locale.

Se non fosse esistita la sintomatologia dolorosa, la lesione articolare avrebbe potuto essere lasciata a se stessa. Ma dalla imponenza del sintomo dolore, scaturiva l'obbligo di un tentativo, anche se non scevro da pericolo. Non era quindi una indicazione generica ma specifica quella che imponeva l'intervento, e questo fu deciso senz'altro e praticato il 26-11-1927 dal prof. Baggio.

Si praticò una incisione a T, il ramo longitudinale parte dalla sommità della testa dell'omero e scende lungo il solco deltoideo pettorale, fino al tendine del pettorale. Il ramo trasverso misura otto cm. circa e decorre ad un cm. al disotto e parallelamente al piano della clavicola e dell'acromion. Separati deltoide e pettorale, si tronca il tendine di inserzione di questo muscolo al braccio. Si interrompono, lungo il ramo trasverso della incisione, le fibre anteriori del deltoide, e la parte alta dell'aponevrosi clavi-pettorale. La testa dell'omero è fissata medialmente dal tendine del coraco-brachiale e dal capo lungo del bicipite. Si interrompe questo tendine. Si apre poi longitudinalmente la guaina del tendine lungo del bicipite e si interrompe trasversalmente il resto della capsula e la sua parte neoformata. Poichè nonostante il distacco sotto periostale dell'inserzione del sottoscaplare, la testa dell'omero non può essere spostata e mantenuta di contro alla cavità glenoide, la si reseca al collo anatomico. Si sutura quindi la capsula, i tendini, muscoli fascia e cute: si lascia un drenaggio tubercolare all'angolare supero-esterno della ferita che pesca nel cavo della capsula.

Il decorso post-operatorio fu il seguente: nei primi tre giorni le condizioni generali rimasero soddisfacenti, nonostante qualche aritmia che cessò in quarta giornata. Le nevralgie brachiali scomparvero subito dopo l'intervento e così pure l'edema e la cianosi dell'avambraccio.

In sesta giornata l'ammalato si alzava ed in tredicesima era dimesso. Già a questo momento erano possibili movimenti attivi del braccio in senso antero-posteriore, sensibilmente più pronunziati che all'atto dell'ingresso. L'abduzione invece non ha migliorato in modo evidente. Passivamente tanto il 1° che il 2° movimento non provoca resistenza, nè dolore.

A distanza di 7 mesi si rivede l'ammalato. Si rileva: ipotrofia di tutto l'arto, più marcata alla spalla, meno al braccio, meno ancora all'avambraccio. La mano presenta poche differenze dalle condizioni pre-operatorie. La cute ha ripreso l'aspetto normale. Movimenti: attivamente l'abduzione del braccio è circa di 45°: discretamente ampi invece i movimenti in senso antero-posteriore. Passivamente si può ottenere assai di più, specie nei riguardi dell'abduzione. L'avambraccio può compiere movimenti quasi completi. La mano ha acquistato un certo grado di flessione ed estensione delle dita. Rimane però abolita l'estensione della terza falange. Passivamente si può estendere anche questa. Soggettivamente il paziente non accusa disturbo alcuno. I dolori, già scomparsi subito dopo l'intervento, non si sono più affacciati. Di più afferma di aver guadagnato parecchio nell'uso dell'arto, tanto da essere ormai libero da ogni aiuto, mentre prima non riusciva nememno a vestirsi da sè.

All'esame elettrico si mette in evidenza: Ipoeccitabilità faradica e galvanica di alto grado dei muscoli innervati dal radiale. Deltoide atrofico e fortemente ipoeccitabile. Ipoeccitabilità di modico grado del sopraspinoso e del sottospinoso. In complesso possiamo quindi dire di trovarci di fronte: 1) a paralisi traumatica del mediano e cubitale; 2) ad atrofia del deltoide per l'inerzia e per l'intervento chirurgico e meccanismo riflesso; 3) ad ipotrofia riflessa del cingolo scapolare.

Riassumendo: siamo di fronte ad un caso nel quale la lussazione anteriore della spalla, ha determinato impotenza funzionale e si è andata complicando progressivamente con fenomeni nevritici in conseguenza diretta dell'inveteramento della lussazione.

All'atto dell'ingresso nell'Istituto, il paziente si presentava con una impotenza funzionale completa, con dei fenomeni dolorosi intollerabili, con fatti di ipotrofia spiccatissimi. A causa dell'intenso dolore che lo tormentava, fu sottoposto ad un intervento chirurgico. Sette mesi dopo abbiamo constatata la scomparsa della sindrome dolorosa e l'arresto dell'atrofia delle parti molli: ma la restitutio anatomica, è rimasta assai incompleta, e neppure si è ottenuta una ripresa funzionale soddisfacente.

Sugli esiti delle lussazioni inveterate e delle loro complicanze, possiamo considerare due ordini di fatti in rapporto a quello che è terapia in genere e risultato terapeutico in ispecie, e cioè: da una parte delle lesioni che adeguatamente e tempestivamente trattate sono suscettibili di miglioramento: dall'altra delle lesioni che per la loro vastità e durata di tempo, non possono essere annullate da nessun trattamento. Nel caso specifico, la lunga du-

rata della compressione aveva determinato delle lesioni nervose e muscolari tali, che con l'intervento non si sperava affatto di cancellare. Ma intervenendo, nonostante il prudente ritegno che era consigliato dall'età e dalle condizioni generali del malato, si è impedito che tali lesioni divenissero ancora più spiccate e si è ottenuto lo scopo precipuo e giustificativo di grave azzardo: quello di liberare il malato da una condizione dolorosa che gli rendeva la vita insopportabile.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di lussazione inveterata della spalla in un vecchio di 80 anni. L'intervento fu praticato, nonostante le particolari condizioni dell'infermo (età, stato generale) per la grave sintomatologia dolorosa. L'A. insiste sulla necessità dell'intervento in casi simili se si vuole liberare tali pazienti dalle sofferenze, veramente impressionanti, cui vanno soggetti.

BIBLIOGRAFIA.

BAGGIO. *Compendio di Patologia Chirurgica.*

BAZY. *Réposition sanglante.* Journal de Chirurgie, tom. 21, 1923.

BILLROTH. *Patologia e terapia chirurgica.*

BLUNDELL. *Lussazione abituale.* Journal de chirurgie, t. 2, 1924. — *Trattato di Patologia Chirurgica.*

HOFMEISTER. Ibid.

HORAND. *Etude anatomo-pathologique.* Lyon chirurg. 1911.

MARTINI. *Istogenesi delle neoartrosi.* Policl., Vol. XVI, 1909.

MAUREL. *Luxatio erecta.* Thèse de Lyon, 1919.

MUSCATELLO. *Un caso di lussazione orizzontale inveterata.* Archivio italiano Chirurga, V. 13°, 1925.

NELATON. *Trattato di Patologia Chirurgica.*

SEBASTIANI. *Lussazione sottoglenoidea.* Policl., Sez. Chirurgica, 1914.

THAMOS. *Luxation antérieure habituelle.* Journal de Chirurgie, tom. 2, 1909.

TISCIER. *Trattato di Patologia Chirurgica.*

VALTANCOLI. *Lussazione posteriore.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. 9, 1924.

ID. *Lussazione abituale.* Ibid., vol. 9, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Policlinico Umberto I. - IV Padiglione Medico.
Primario: Prof. GIULIO GALLI.

Anemia perniciosa e trasfusione sanguigna

per il dott. GIULIO STIRPE, aiuto medico.

Oggi che la terapia dell'anemia a tipo pernicioso cripto-genetica sembra essersi davvero e finalmente installata su basi solide dopo i risultati veramente notevoli comunicati da più parti sul trattamento della medesima col metodo di cura alla Whipple, può sembrare forse superfluo voler cercare di riabilitare per un momento qualcuno dei metodi di cura fino a ieri vigenti che tante speranze e tanti effimeri risultati e tante amare delusioni hanno a mano a mano dato via via che il loro uso si andava estendendo e la casistica moltiplicando. E certamente fra tutti due in special modo riuscirono a stabilizzarsi in terapia e a rimanere e a dominare come rimedi di sostituzione fintantochè non fosse stata data la possibilità di aver rinvenuto un rimedio veramente specifico: ed essi furono la cura arsenicale e la trasfusione sanguigna, quest'ultima specialmente quando fu possibile fare della medesima un procedimento tecnicamente piuttosto semplice e praticamente pressochè innocuo con l'impiego di sangue omogeneo reso incoagulabile e quindi stabilizzato da una parte, e dall'altra colla determinazione sistematica dei gruppi sanguigni relativi al datore ed al ricettore atta a prevenire i gravi incidenti di ordine umorale da trasfusione verificatisi più volte.

Purtroppo i benefici non costanti e i risultati non durevoli che in genere si riducevano a periodi di remissione che in media non sorpassavano i tre o quattro mesi hanno fatto quasi abbandonare questo metodo di cura oggi che la terapia può disporre di un rimedio di somministrazione più agevole e di azione quasi costante; tuttavia la trasfusione ha reso in passato utili servigi poichè per mezzo di essa si è potuta prolungare quando non esistevano mezzi di cura più efficaci la vita di alcuni malati di anemia a tipo pernicioso di parecchi mesi e anche di qualche anno.

Il caso che riferisco che ho avuto occasione di seguire dall'agosto del 1926 fino ad oggi è certamente uno dei più brillanti successi della trasfusione sanguigna.

S. G., di anni 33, donna di casa.

Il padre morì all'età di 52 anni per emorragia cerebrale, la madre è vivente e sana.

La paziente ebbe i primi mestrui all'età di 15 anni, i successivi furono sempre regolari per ritmo e quantità; l'ultima mestruazione è ricorsa il giorno 4 agosto, ed è durata 4 giorni.

Sposata a 29 anni con un uomo apparentemente sano, non ha mai avuto gravidanza. Nessuna malattia si nota nell'anamnesi personale fino all'età di 22 anni, epoca in cui fu operata di ernia crurale sinistra; pochi mesi appresso cominciò a presentare dolori diffusi a tutto l'addome e diarrea; lo stato generale era buono, e sembra che non presentasse febbre. Dal prof. Durante fu diagnosticata una tubercolosi del cieco e fu operata, sembra di resezione del cieco e di parte del colon ascendente. Dopo l'operazione la paziente è stata sempre perfettamente bene.

Nel febbraio u. s. (1926) dopo forti dispiaceri familiari, cominciò a notare progressivo deperimento, inappetenza, digestioni difficili e spesso diarrea; cominciò a notare che impallidiva progressivamente e che avvertiva stanchezza nel camminare, e facile dispnea e palpitazioni nel salire le scale e durante gli sforzi; spesso senso di vertigine e ronzii agli orecchi. Non edemi agli arti inferiori, non emorragie cutanee, nè sangue nelle feci; non disturbi visivi. Fece varie cure ricostituenti senza notevole giovamento.

Verso la metà di luglio si recò al mare, a Terracina, ma quivi notò peggioramento di tutti i disturbi, e cominciò a presentare febbre tipo continuo, che però in genere non superava i 38°.

Da circa un anno e mezzo, progressiva caduta dei capelli.

L'*esame obbiettivo* il giorno 25 agosto 1926 diede occasione ai seguenti rilievi:

Sensorio integro.

Pallore intenso della cute e delle mucose visibili. Pannicolo adiposo sottocutaneo ben conservato. Lievi edemi pretibiali. Masse muscolari discretamente sviluppate ma flaccide.

Pupille eguali, reagenti nettamente alla luce ed all'accomodazione. Riflessi cutanei e tendinei normali.

Nelle stazioni latero-cervicali, ascellari, ed inguino-crurali si notano scarse ghiandole del volume di un pisello; nulla nelle stazioni epitrocleari.

Temperatura, 37°,8 nel momento dell'esame; polso eguale, ritmico, frequenza 90, pressione bassa.

Il capillizio presenta diffusamente capelli scarsi ed aridi.

App. respiratorio. — Torace ben conformato, simmetrico; gli apici e le basi polmonari sono in sede fisiologica; alla percussione il suono è chiaro su tutto l'ambito dei due polmoni, ed all'ascoltazione si rileva murmure vescicolare ovunque.

Cuore: l'itto della punta è palpabile e si delimita colla percussione al 5° spazio intercostale, un centimetro all'interno della emiclaveare; il cuore sinistro appare di dimensioni normali; il cuore destro è sulla margino-sternale destra. Nulla di obiettivo a carico dei grossi vasi. All'ascoltazione i toni sono netti. Al disopra della regione della punta e sul focolaio della polmonare si nota un rumore sistolico, a timbro piuttosto dolce.

L'*addome* è di volume e forma normale, è trattabile ed indolente su tutti i quadranti; leggero meteorismo diffuso. In corrispondenza della regione colica destra si nota la cicatrice del pregresso intervento laparotomico.

Il *fegato* presenta il limite superiore sul margine superiore della VI costola, e sul prolungamento dell'emiclaveare (ottusità assoluta); in basso si palpa il margine inferiore un dito sotto l'arcata costale, nel prolungamento dell'emiclaveare stesso.

La *milza* ha il limite superiore all'VIII costola sulla linea ascellare media, ed in basso si palpa appena, sotto l'arcata costale, nel decubito laterale destro.

L'esame delle *orine* dimostra l'assenza di albumina e di zucchero; la reazione è acida ed il sedimento negativo.

Nelle *feci* è negativa la prova, più volte ripetuta durante la degenza dell'ammalata in Ospedale, delle emorragie occulte, e l'esame microscopico non dimostra la presenza di emazie nè di uova di parassiti.

L'esame del *succo gastrico* dà: acidità totale 15 %; acido cloridrico libero assente; acido lattico assente.

La reazione di Wassermann, eseguita dopo qualche giorno dall'ingresso della malata è negativa.

L'esame radioscopico del *torace* è negativo.

Un primo esame di sangue, praticato il giorno 25 agosto dà il seguente risultato: Globuli rossi 900.000; Hb 0,20; V. G. 1,10; Leucociti 3000.

Formula: Polinucleari neutrofili 45 %; eosinofili; Basofili 0 %; Linfociti grandi e piccoli 50 %; Monociti e forme di passaggio 3 %; Mielociti 2 %.

All'esame dei preparati colorati si nota: poichilocitosi spiccatissima, notevole anisocitosi per la presenza di parecchi megalociti, alcuni dei quali policromatofili, alcune emazie policromatofile; e scorrendo il preparato sotto il microscopio si notano, sparsi nei diversi campi, alcuni megaloblasti policromatici ed ortocromatici.

Nel decorso clinico successivo all'ingresso della malata in Ospedale, la temperatura si manteneva sempre febbrile e continua, il limite massimo della piressia durante la giornata era nelle prime ore pomeridiane e si aggirava intorno ai 38°. I sintomi presentati dalla malata all'ingresso, persistevano, anzi si rendevano di giorno in giorno più accentuati. Il giorno 30 agosto l'esame del *fundus oculi*, praticato dallo specialista diede il seguente risultato: « Edema retinico peripapillare, numerose emorragie retiniche delle quali alcune hanno l'aspetto tipico delle emorragie secondarie e gravi alterazioni della crasi sanguigna (anemia perniciosa, leucemia). Il giorno 30 agosto fu iniziata una cura di neosalvarsan, per via endovenosa a piccole dosi; la prima iniezione fu di gr. 0,15, una seconda fu praticata il giorno 2 settembre, ed una terza il giorno 8 settembre di gr. 0,30. La malata però non dimostrò di ritrarne alcun giovamento; anzi le condizioni generali andarono sempre più decadendo, il pallore sempre più accentuandosi, ed un esame ematologico praticato il giorno 7 settembre dava il seguente risultato: Globuli rossi 820.000; Hb 0,17; V. G. 1,06; Leucociti 2600.

L'esame del preparato colorato dimostrava sempre la presenza di gravi alterazioni morfologiche a carico degli elementi della serie rossa con forme di rigenerazione a tipo embrionale.

Si pensò allora di praticare delle trasfusioni di sangue, a scopo sintomatico e curativo; tra i famigliari della malata che si offrivano, come donatori, si prescelse la sorella, donna di circa 35

anni di età, di costituzione robusta e di sanguificazione normale. Il giorno 8 settembre si procedette alla prima trasfusione dopo di avere stabilito, sia colla determinazione del gruppo sanguigno dei due soggetti (metodo indiretto) sia coll'esame diretto, che nessuna incompatibilità esisteva alla trasfusione tra i due sangui.

Entrambi infatti appartenevano al gruppo N. II di Janski, ed il siero della malata non aveva proprietà emolitiche sulle emazie del donatore. La trasfusione fu indiretta e di sangue stabilizzato: 400 cc. del sangue del donatore furono raccolti in un recipiente di vetro sterile nel quale erano contenuti 100 cc. di soluzione citratata al 2 % e glucosata al 5 %, soluzione anticoagulante ed isotonica per le emazie del donatore. Il sangue venne mescolato accuratamente con tale soluzione, indi iniettato nelle vene del ricevente. Nessun incidente immediato nè tardivo da trasfusione ebbe a lamentarsi, eccettuato un leggero brivido che insorse alcune ore dopo praticata la trasfusione cui seguì una elevazione passeggerà, di alcune ore della temperatura, fino a circa 40°. Nelle orine non fu riscontrata la presenza di emoglobina nè di albumina. Il benessere che seguì a questa prima trasfusione fu quasi immediato; già alcuni giorni appresso l'inferma dichiarava di sentirsi notevolmente meglio, non avvertiva più vertigini nè ronzii agli orecchi, l'appetito andava ricomparendo, e la temperatura, solo qualche giorno appresso cominciò ad abbassarsi; era assente nelle ore antimeridiane, compariva nel pomeriggio, ma in generale non sorpassava più i 37°,5. Un esame di sangue praticato il giorno 16 settembre diede il seguente risultato: Globuli rossi 1.000.000; Hb 0,20; V. G. 1; Leucociti 3500. Formula: Polinucleari neutrofili 50 %; Eosinofili 1 %; Basofili 0 %; Linfociti grandi e piccoli 38 %; Monociti e forme di passaggio 5 %; Mielociti 7 %. All'esame del preparato colorato si notavano ancora: poichilocitosi ed anisocitosi spiccatissime, policromatofilia, numerosi megalociti orto- e policromatici, alcuni megaloblasti orto- e policromatici.

Il giorno 28 settembre fu praticata, col medesimo metodo della prima una seconda trasfusione di sangue di 400 cc. prendendo sempre come donatore la sorella della malata. Anche questa volta nessuna reazione degna di nota si ebbe, eccettuato un leggero brivido con reazione febbrile fino a 38°,8 che insorse alcune ore dopo praticata la trasfusione; la reazione febbrile cedette al mattino seguente.

Questa trasfusione fu seguita da effetti ancora più spiccati della prima; rapidamente, nei giorni successivi la malata sentiva risorgere le proprie forze; era ritornato l'appetito, scomparso il senso di vertigine, di spossatezza ed i disturbi gastrointestinali. Un esame del sangue, praticato il giorno 10 ottobre dava il seguente risultato: Globuli rossi 1.450.000; Hb 0,25; V. G. 0,91. Formula leucocitaria: Polinucleati neutrofili 55 %. Eosinofili 1 %; Basofili 1 %; Linfociti grandi e piccoli 31 %; Monociti e forme di passaggio 6 %; Mielociti 6 %. All'esame del preparato colorato si notava ancora: poichilocitosi, ed anisocitosi, però sensibilmente meno accennate che negli esami precedenti, megalociti ortocromatici in quantità discreta; rari megaloblasti ortocromatici ed una discreta quantità di eritroblasti orto- e policromatofili; cominciavano ad osservarsi alcuni gruppi di piastrine. La temperatura era già da alcuni giorni assente nella maggior parte del giorno, e si riduceva alla presenza di qualche lieve elevazione nelle ore pomeridiane, non oltre i 37°,2. Circa verso la metà dell'ottobre, cedette completamente.

Il giorno 24 ottobre la malata che sentiva ormai scomparso ogni disturbo e ritornate le proprie forze, chiese di esser dimessa. Fu però prima praticato un altro esame di sangue, e consigliato alla paziente di farsi rivedere periodicamente.

L'esame del sangue diede il seguente risultato: Globuli rossi 1.900.000; Hb 35; V. G. 0,90'; Globuli bianchi 4800.

Formula: Polinucleari neutrofili 58 %; Eosinofili 1 %; Basofili 0 %; Linfociti grandi e piccoli 30 %; Monociti e forme di passaggio 7 %; Mielociti 4 %.

All'esame del preparato colorato, si notava poichilocitosi, però poco accentuata, non policromatofili, qualche raro megalocita, non megaloblasti, normoblasti orto- e policromatici piuttosto numerosi.

Il 24 dicembre la malata tornò a farsi rivedere e ci espresse la sua soddisfazione perchè non risentiva più alcun disturbo; aveva cominciato a riapplicarsi alle faccende di casa, era aumentata di circa due chilogrammi di peso; l'esame del sangue diede il seguente risultato: G. R. 3.600.000; Hb 68; V. G. 0,90; Globuli bianchi 6000. Formula leucocitaria: Polinucleari neutrofili 61 %; Eosinofili 1 %; Basofili 0 %; Linfociti 28 %; Monociti e forme di passaggio 9 %; Mielociti 1 %. All'esame del preparato colorato, non si notavano più poichilocitosi nè policromatofilia, non anisocitosi, non megalociti. Si notava ancora, scorrendo il preparato nei vari campi, qualche raro normoblasta.

Nel marzo 1927 avemmo ancora occasione di rivedere la malata che continuava a star bene ed era ritornata alla sua vita normale. Praticato un esame del sangue si rinvennero le seguenti cifre: G. R. 4.500.000; Hb 0,80; V. G. 0,80; Globuli bianchi 6800. Formula leucocitaria: P. N. 62 %; Eosinofili 1 %; Basofili 1 %; Linfociti 27 %; Monociti e forme di passaggio 9 %. Nel preparato colorato, non si notavano più alterazioni morfologiche a carico degli elementi della serie rossa, nè forme immature.

Abbiamo ancora avuto occasione di rivedere più volte la malata successivamente: nel maggio, nell'agosto, nel dicembre 1927 ed ultimamente, nel gennaio u. s. le buone condizioni generali persistono ed all'esame del sangue mentre la cifra delle emazie continua a mantenersi sui 4.500.000 ed il valore globulare inferiore all'unità, la cifra dei leucociti è pur'essa normale (circa 7000 per mmc.) e nei preparati per striscio non si nota più alcuna alterazione morfologica a carico degli elementi della serie rossa e bianca, nè forme immature.

CONCLUSIONI.

Dall'esame del caso descritto possiamo concludere che in una malata affetta da anemia a tipo pernicioso criptogenetica, a decorso febbrile, abbiamo ottenuto, con due sole trasfusioni di 500 cmc. di sangue omogeneo, praticate a pochi giorni di distanza, un ra-

pido miglioramento nelle condizioni generali e un rapido recedere dei sintomi clinici di anemia grave, accompagnati da una notevole modificazione della formula ematologica che è venuta mano a mano perdendo le caratteristiche proprie delle forme di anemia a tipo pernicioso. Questi risultati, veramente notevoli, si mantengono inalterati a circa sedici mesi di distanza dall'ultima trasfusione, nonostante che l'inferma abbia da parecchi mesi riprese le ordinarie sue abitudini di vita e non abbia più praticato alcuna cura.

Ma questi risultati, ci autorizzano forse a parlare di questo caso come di un caso di vera e propria guarigione di una forma di anemia a tipo pernicioso? Io credo che l'affermazione positiva sarebbe prematura ed illogica; se anche da parecchi mesi e nel momento presente all'esame del sangue della malata non sia più possibile rinvenire alcuna delle caratteristiche di questa forma morbosa, poichè il valore globulare si è mantenuto costantemente, in parecchi esami, inferiore all'unità, e la leucopenia, sintomo a cui parecchi e specialmente il Ceconi danno giustamente molta importanza per giudicare della persistenza del processo sia stata in molti esami assente, e così pure la presenza di forme di rigenerazione eritrocitica a tipo embrionale; per quanto anche la macrocitosi, che è il sintoma più caratteristico e persistente sia venuto a mancare solo qualche mese dopo l'ultima trasfusione, io non mi sentirei autorizzato a considerare questo stato come una vera e propria e definitiva guarigione.

Basta infatti scorrere solo un poco la statistica per riportarne la convinzione che casi veramente sicuri di anemia a tipo pernicioso, di natura criptogenetica; da considerarsi come veramente e definitivamente guariti non ve ne siano; le vere guarigioni riguardano solo sindromi di anemia a tipo pernicioso di natura definita. Si posson fare alcune riserve sui numerosi casi alla cura da qualche anno col metodo di Whipple di cui solo il futuro potrà dire se potrà darci la vera guarigione dell'anemia a tipo pernicioso. Per ora resta sempre vera l'affermazione che fu condotto a fare il Ferrata alcuni anni or sono dell'esame della letteratura sull'argomento, che cioè i soli casi di anemia a tipo pernicioso da considerarsi come guariti erano quelli del Dieballa, del Park e dello Stone, ma che si trattava di casi incerti e di guarigioni dubbie.

Se d'altra parte si considerano i casi non scarsi di remissioni spontanee e terapeutiche, osservate in questa forma morbosa, alcune delle quali superarono un anno di durata, questo caso può porsi per il momento tra le remissioni veramente lunghe, in attesa che col criterio del tempo possa trarsi la conclusione veramente giusta.

Qualche considerazione mi sembra opportuna sul metodo e sulla tecnica seguita nella trasfusione.

Abbiamo praticata una trasfusione di sangue omogeneo totale non essendo ancora ben chiara la parte che spetta al siero e quella che spetta alle emazie col determinare i benefici da trasfusione o se, come è più probabile, l'uno e l'altro fattore vi cooperino in misura eguale o diversa.

Abbiamo voluto stabilire rigorosamente la compatibilità tra il siero del ricevente e le emazie del donatore non solo colla ricerca dei gruppi sanguigni ma anche colla prova diretta praticata col siero ricevente e colle emazie del donatore, opportuna a praticarsi, come consiglia l'Unger, quando si voglia trasfondere in soggetti affetti da anemia a tipo pernicioso.

Ci siamo serviti di sangue stabilizzato, raccogliendo emazie del donatore in una soluzione di citrato di sodio al 2 % isotonicizzata con glucosio, come consiglia l'Hustin; abbiamo così ottenuto di poter semplificare notevolmente la tecnica, e non abbiamo veduto seguire alcun disturbo di quelli descritti da alcuni autori nelle trasfusioni con sangue citratato.

Invece di trasfusioni piccole e ripetute, abbiamo preferito praticare due sole trasfusioni massive, a pochi giorni di distanza, coll'intento di portare un sollievo immediato alla malata che si trovava in condizioni generali e di anemia veramente gravi, e di portare uno stimolo notevole sugli organi emopoietici, nonchè di risparmiare alla malata e al donatore stesso la noia dei ripetuti e piccoli interventi. Non abbiamo avuto a lamentare alcun inconveniente d'ordine umorale nè meccanico, ed il beneficio è stato rapido nell'iniziarsi e nello stabilizzarsi.

*
* *

L'esame di questo caso ci fa pensare, in questo momento in cui la terapia alla Whipple domina ormai il campo nella cura dell'anemia a tipo pernicioso, quale è il posto che ancora compete alla trasfusione in detta terapia, e se la trasfusione dovrà essere abbandonata come un rimedio fino a ieri in onore, ma ormai già passato.

Ed invero delle innumerevoli terapie proposte dell'anemia a tipo perniciosa, due soltanto fino a ieri tennero onorevolmente il campo; e queste furono le trasfusioni sanguigne, e la cura arsenicale, specialmente salvarsanica, alla Bramwell. Le altre cure, la terapia del ferro, la terapia colesterinica, l'opoterapia midollare e splenica, la radioterapia, la terapia col torio, la proteinoterapia, la terapia disinfettante intestinale, ed anche la terapia chirurgica (splenectomia) videro a mano a mano dissiparsi i favori incontrati e più non resistettero dinnanzi alla critica dei risultati.

Ma dopo le prove veramente notevoli e sorprendenti che ha fornite la cura di Whipple, anche la trasfusione sanguigna è venuta perdendo terreno e pochi ormai più se ne occupano, per quanto ogni tanto anche recentemente se ne conosca qualche buon risultato ed il Walinski l'abbia proposta, come un buon rimedio nell'anemia a tipo pernicioso, associata alle iniezioni di insulina (da cinque a venti unità al giorno).

Ma è veramente la cura di Whipple, come da molti si afferma il rimedio specifico della anemia a tipo pernicioso? Poichè nessun dubbio può essere posto dopo le numerose recenti statistiche sulla efficacia del rimedio, è lecito domandarsi se esso possa darci ormai la vera guarigione dell'anemia a tipo pernicioso. A questa domanda è ancora prematuro come dicevo più innanzi, rispondere; ma giova far notare che mentre non mancano autori che sarebbero già propensi a rispondere in senso affermativo, e mentre fanno seria impressione le recenti pubblicazioni favorevoli del Brill, del Mouzon, del Rathery, del Maximin, del Veil, e di parecchi altri, lo Schottmüller, non più tardi dell'ottobre del 1927, comunicando alla società medica di Amburgo i propri risultati su numerosi casi di anemia a tipo pernicioso trattati dal settembre 1926 col metodo di cura alla Whipple, mentre si dimostrava soddisfatto dei risultati ottenuti, favorevolissimi, sulle condizioni generali e sulla formula ematologica, non poteva non rilevare come in tutti i suoi casi, nonostante il miglioramento notevolissimo e persistente, uno dei caratteri fondamentali, e forse il più importante del processo morboso, vale a dire la macrocitosi, fosse ancora persistente, e come avendo dovuto interrompere in uno dei suoi malati la cura iniziata e proseguita per parecchi mesi, si fosse verificata subito la ricaduta. Ed egli giudicando con senso critico i suoi risultati era indotto a concludere che il metodo di Whipple doveva ancora definirsi un rimedio di sostituzione e non un rimedio specifico.

Questi risultati ci fanno ritenere che alla trasfusione sanguigna nonostante l'avvento di un rimedio più facile a somministrarsi, e certamente più costante nei risultati, spetti ancora un posto nella cura dell'anemia a tipo pernicioso.

Essa potrà essere riservata in primo tempo alle forme particolarmente gravi di anemia a tipo pernicioso, in cui è necessario sollevare rapidamente lo stato generale e lo stato ematologico del malato prima di sottoporlo a una terapia veramente specifica, se questa risulterà essere quella di Whipple, e troverà ancora indicazione nelle forme molto gravi, perchè in questa domina spesso la sindrome gastro-intestinale, e per la repugnanza che ispira in questi malati la somministrazione del fegato crudo o semicrudo, e per la difficoltà a digerirlo, non sempre si inducono molto facilmente a praticare detta cura.

Potrà ancora in qualche caso particolare costituire da sola la terapia di questa forma morbosa, e talora con risultati brillanti come dimostra il caso che abbiamo preso in esame.

Roma, febbraio 1928.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso di anemia a tipo pernicioso criptogenetica, a decorso febbrile, nel quale dopo un trattamento di due sole trasfusioni sanguigne massive si è avuta una remissione completa clinica con scomparsa del quadro ematologico caratteristico, persistente dopo circa un anno e mezzo dall'ultima trasfusione.

BIBLIOGRAFIA.

BARTOLOTTI. *Sul trattamento dell'anemia perniciosa progressiva.* Policlinico, Sezione pratica, 1915.

BOWCOCK-HAROLD M. *Serious reactions to repeated transfusions in pernicious Anemia.* Bull. of J. Hopkins Hosp., vol. 32, 1921.

CARMONA. *Altre ricerche sulla trasfusione del sangue.* Arch. Ital. di Chirurgia, Bologna, 1924.

CECONI. *Prognosi e cura dell'anemia perniciosa progressiva.* La Clinica Medica Italiana, 1910.

FERRATA. *Le emopatie.* Società Editrice Libraria, Milano, 1923.

HARMANN. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1926.

HUNTER. *The causation and Treatment of Pernicious Anemia.* British Medical Journal, 1890.

MORAWITZ. *Die Behandlung schwerer Anämien mit Bluttransfusionen.* Münch. med. Woch., n. 16, 1907.

MOUZON. *La méthode de Whipple dans le traitement des anémies graves.* Presse Méd., 1927, n. 102-104.

PAUCHET-BECART. *La trasfusion du sang.* Paris, 1924, Gaston Doin, éditeur.
RATHERY et MAXIMIN. Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris, 8 juillet 1927.
REICHER. *Aetiologie und therapeutische Versuche bei perniziöser Anämie.* Berl. kl. Woch., n. 41-42, 1908.
ROMAGNOLO. *Sulla guaribilità dell'anemia di Addison.* Bierner, Minerva Medica, a. II, n. 5, 1922.
JATES and TALHIMER. The Journ. of the Am. Med., 25 dic. 1926.
WEIL. *La thérapie de l'Anémie pernicieuse cryptogénétique par les méthodes de Whipple et de Walinski.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1927.
ZADEK. *Remissionstadien kryptogenetischer perniziöser Anämie.* M. med. Woch., n. 42, 1921.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA
I SEZIONE CHIRURGICA
Direttore: Prof. U. D. CALABRESE.

Un caso sporadico di scorbuto.

Per il dott. GIUSEPPE MUZZARELLI, assistente.

Abbiamo avuto occasione di osservare un caso di scorbuto che credo utile descrivere, sia perchè dai caratteri clinici che presentava era stato scambiato con una forma morbosa comunissima, sia perchè l'affezione allo stato sporadico si manifesta relativamente di rado.

M. A., di anni 60, bracciante, da Castenaso (Bologna). Entra in Ospedale il 21-3-1928.

Il padre morì, quando il paziente aveva sette anni, di malattia imprecisabile; la madre morì in tarda età, di mal di cuore. Un fratello è morto a 50 anni, di cancro al retto; gli altri fratelli, due maschi e due femmine, godono buona salute.

L'infermo nacque a termine da parto fisiologico, ebbe allattamento materno, soffrì dei comuni esantèmi dell'infanzia.

A 20 anni prestò servizio militare e partecipò alla guerra dell'Africa, dove rimase ferito da una pallottola di rivoltella al dito indice della mano destra in corrispondenza dell'articolazione fra la falangina e la falangetta. Guarì in una ventina di giorni, senza complicazioni e senza rigidità articolare, solo residuandogli uno spostamento radiale della falangetta.

A 25 anni contrasse matrimonio con una donna sana, ancora vivente, dalla quale ebbe 5 figli, dei quali il primo morì in seguito a ferite riportate in guerra; gli altri godono ottima salute.

L'infermo non soffrì malattie degne di nota fino a due anni fa, epoca in cui, trovandosi a lavorare nei pressi di una fornace, salendo una scala scavata nella terra, scivolò e cadde da circa un metro d'altezza. Sul momento, al dire dell'infermo, non avvertì dolore, ma s'accorse di non poter più reggersi sulla gamba sinistra. Raccolto prontamente e trasportato in questo reparto chirurgico, gli venne riscontrata la frattura bimalleolare della gamba sinistra, complicata a lussazione posteriore del piede. Ridotta in parte la lussazione, l'arto fratturato venne immobilizzato con un apparecchio gessato, che di 30 in 30 giorni dovette essergli rinnovato tre volte, essendosi notato un marcato ritardo nella consolidazione del callo osseo. Rimosso l'ultimo apparecchio, alla faccia anteriore del collo del piede si notò un'ulcerazione del diametro di circa 3 cm., secernente pus e con scarsissima tendenza a cicatrizzarsi. L'infermo fu dimesso dopo circa un altro mese di degenza e continuò a farsi medicare per altri 20 giorni ambulatoriamente, poi, non essendo ancora guarito; e, trattandosi di un infortunio sul lavoro, fu acolto nell'Ospedale degli Infortuni « Benito Mussolini ». Gli venne subito applicato un nuovo apparecchio e questa volta fenestrato in corrispondenza del collo del piede per le medicature necessarie.

Dopo un mese di degenza, uscì dall'ospedale con l'ulcerazione rimarginata, ma residuandogli un disturbo funzionale del piede accompagnato a notevole dolore, che si presentava ogni qualvolta il paziente si appoggiava sull'arto, o tentava di camminare. Coll'andare del tempo, tali disturbi si attenuarono senza però scomparire.

In tali condizioni l'infermo trascorse circa un anno e mezzo.

Un mese fa circa si accorse che senza causa apparente e senza trauma, la parte anteriore del collo del piede sinistro andava assumendo un colorito scuro, e che tale colore si estendeva sempre più senza che, per altro, comparissero nuovi disturbi.

Dopo circa una settimana anche il dolore al piede che prima era quasi scomparso, ricomparve intenso tanto che l'infermo, anche perchè còlto da febbre, fu obbligato improvvisamente a mettersi a letto.

L'appetito andò subito diminuendo, per quanto da diverso tempo non fosse stato buono.

Col riposo a letto diminuì il dolore, ma non scomparve la colorazione scura che andò sempre più estendendosi verso le dita del piede e al terzo inferiore della gamba.

Da una quindicina di giorni si era anche accorto che le gengive facilmente sanguinavano, che, nel masticare, gli davano dolore e che erano sede di piccole vesciche che facilmente si rompevano, dando esito a un liquido chiaro.

Era rimasto anche dolorosamente impressionato dalla comparsa di macchioline nerastre estese a gran parte degli arti inferiori e al basso ventre.

Per lo stato di indebolimento che, di giorno in giorno, si faceva sempre più grave e per i sintomi sopra descritti, il paziente, in questi ultimi giorni, si è deciso di farsi visitare. Al Policlinico di S. Orsola è stato respinto con diagnosi di cancrena ed inviato al nostro Ambulatorio, da dove viene accolto d'urgenza in ospedale.

La febbre è stata modica, l'alvo e la minzione si sono sempre mantenuti normali, l'appetito, come si è detto, è andato sempre più diminuendo.

Il paziente dice di essersi sempre nutrito frugalmente, di aver fatto modicissimo uso di frutta e di verdura, di non aver mai preso latte, mai ova; solo caffè nero, minestre e due o tre volte la settimana carne. È forte bevitore di vino. Nega la lue e le malattie veneree.

Esame obbiettivo. — Soggetto di regolare statura e costituzione; colorito della cute e delle mucose visibili molto pallido; scarso pannicolo adi-

poso; masse muscolari un po' flaccide. Non si palpano ghiandole ingrossate nelle sedi abituali.

Lingua sporta diritta dalle arcate dentarie; gengive di colorito bluastro, gonfie, dolenti e sanguinanti al minimo contatto. Sotto la mucosa del pavimento della bocca, della faccia inferiore della lingua e del palato molle si notano delle chiazze emorragiche puntiformi.

Nulla all'apparato respiratorio.

Apparato cardio-vascolare: itto della punta visibile e palpabile al quinto spazio intercostale un centimetro circa all'esterno dell'emiclaveare. Toni del cuore molto deboli su tutti i focolai, secondo tono sdoppiato sul focolaio d'ascoltazione della polmonare. Polso alla radiale della frequenza media di 98 battiti al minuto primo regolare, debolissimo. Sono presenti le pulsazioni della tibiale posteriore, della poplitea e della femorale in entrambi gli arti.

Addome di volume e forma normale, ben trattabile e indolente su tutti i quadranti.

Non si palpano gli organi ipocondriaci che con la percussione appaiono nei limiti fisiologici.

Alla faccia anteriore del collo del piede sinistro si nota un'ulcerazione del diametro di circa 3 cm., a margini non netti e aderenti, e con un fondo rosa pallido dal quale geme scarso liquido siero-sanguinolento. La pelle attorno all'ulcera si presenta rugosa ed ha assunto un colorito nerastro che si porta in basso, ricopre tutto il piede e, a guisa di manicotto, si estende anche in alto giungendo fin circa al terzo medio della gamba. Quivi, mentre sulle facce laterali la pelle conserva il suo colorito normale, alla faccia posteriore, con una tonalità meno carica, il colorito nerastro si diffonde sempre più in alto ed arriva fin circa al terzo medio della coscia.

I malleoli tibiale e peroneo della stessa gamba si presentano uniformemente ingrossati e le fossette retro-malleolari sono appiattite. I movimenti attivi e passivi di flesso-estensione dell'articolazione tibio-tarsica sono limitati, quelli di lateralità aboliti. Il piede è atteggiato in leggero equinismo e le dita sono mantenute in semiflessione.

Nelle parti normali della cute che ricopre l'arto inferiore sinistro, nell'arto inferiore destro e nei due quadranti inferiori dell'addome, si notano delle macchioline localizzate attorno ai follicoli piliferi, di colorito rosso cianotico, della grandezza varia da un grano di miglio ad uno di frumento, a limite non ben netto, a forma varia, ma generalmente arrotondata, e che non scompaiono alla pressione.

Due macchie simmetriche grandi quanto la palma di una mano, del colorito delle precedenti, si notano alla radice delle coscie, sollevando lo scroto.

Sistema nervoso: pupille di ampiezza normale, rotonde, uguali, bene reagenti alla luce, alla convergenza e all'accomodazione.

Riflessi addominali: superiori normali, inferiori non si provocano.

Riflessi cremasterici: destro normale, sinistro debole.

Riflessi achillei: destro normale, sinistro assente.

Riflessi plantari in flessione.

Stato di prostrazione grave.

Esami speciali: esame radiografico del piede e del terzo inferiore della gamba sinistra. Esiti di frattura dell'epifesi inferiore della tibia e del perone con scomposizione quasi completa dell'interlinea articolare tibio-tarsica ed astragalo-scafoidea. Sublussazzione posteriore del piede con estesa erosione del moncone tibiale e della faccia superiore dell'astragalo.

Esame delle urine: colore rosso mattone, trasparenza torbida, reazione acida, P. S. 1027, albumina assente, sangue assente, zucchero assente. Sedimento nulla di anormale.

Ricerca del sangue occulto nelle feci: negativa.

Esame del sangue: (l'esame del sangue venne fatto dopo 25 giorni di degenza dell'infermo in ospedale e dopo 21 giorni di cura). Gl. rossi 4.600.000, emoglobina 75, val. gl. 0.60, gl. bianchi 6800. Formula leucocitaria: linfociti 31 %, mononucleati e forme di passaggio 7 ‰, polinucleati neutrofili 58 ‰, id. eosinofili 3 ‰, mastzellen 1 ‰.

Pressione arteriosa: Ms. 120-125, Mn. 95-100.
Reazione del Wassermann: negativa.
Prova del laccio: negativa.

Il presente caso assume un grande interesse clinico qualora si pensi che altri medici e di valore erano stati concordi nel formulare una diagnosi, che se veniva confermata da noi avrebbe portato all'amputazione di un arto sano.

La diagnosi di cancrena infatti appariva molto seducente. Si trattava di un uomo di 60 anni, molto denutrito e sofferente, con polso appena percettibile, che aveva avuto l'arto inferiore sinistro immobilizzato con degli apparecchi gessati per diversi mesi: e, quel che più conta, da circa un mese aveva il piede e la gamba fin quasi al terzo medio, dello stesso arto, che gli arrecavano vivi dolori ed avevano assunto un colorito nerastro che, in breve, si era sempre più esteso. Un altro elemento favorevole alla diagnosi posta era l'ulcerazione del collo del piede, sapendosi quanto sono frequenti le soluzioni di continuo nelle cancrene.

Fu con la diagnosi di cancrena — è bene confessarlo — che noi accogliemmo d'urgenza l'infermo in ospedale, proponendoci di amputargli l'arto se la diagnosi fosse stata convalidata da ulteriori ricerche. Osservando però più attentamente l'arto malato, rimanemmo sorpresi da un fenomeno che mal coincideva con la diagnosi stabilita in precedenza: il colorito nerastro del piede e della gamba appariva più intenso attorno all'ulcera del collo del piede e si faceva più sbiadito procedendo in basso fino alle dita, dove la cute delle falangi terminali era appena un po' più scura del normale. Il piede stesso che, in base alla diagnosi posta in precedenza pel colorito della

pelle, avrebbe dovuto essere freddo o quasi freddo, era invece molto caldo, più caldo di quello del lato opposto.

Questi due dati di grande importanza, e che da essi soli ci facevano rigettare la diagnosi di cancrena, fecero sempre più aumentare il nostro interesse verso il malato. Osservandolo più minutamente, ci accorgemmo che la cute delle facce anteriori, mediali e laterali delle coscie, di parte delle gambe e dei due quadranti inferiori dell'addome, era cosparsa da un grande numero di petecchie esattamente localizzate attorno ai follicoli piliferi. L'orletto delle gengive era bluastro, tumefatto e facilmente sanguinante; il pavimento della bocca, la faccia inferiore della lingua e il palato molle presentavano delle emorragie sottomucose; la cute della faccia posteriore della coscia sinistra fin circa al suo terzo medio aveva assunto un colorito turchiniccio proprio degli ematomi, che si estendeva alla faccia corrispondente del terzo superiore della gamba e si andava a confondere con il colorito nerastro del resto della gamba e del piede.

Questi rilievi clinici ci posero dinanzi il problema diagnostico differenziale che noi cercammo di risolvere escludendo la cancrena e quelle malattie che pur avvicinandosi al quadro da noi descritto, non ne presentavano tutte le particolarità.

Ci trovavamo sicuramente di fronte ad un caso di diatesi emorragica, da non mettersi però in relazione con la porpora semplice, perchè la sintomatologia obbiettiva presentata dal nostro ammalato non si limitava alle sole macchie emorragiche della cute; nè si doveva pensare alla porpora orticata, perchè le macchie emorragiche non erano rilevate in papule e ponfi; facile, poi, era la diagnosi differenziale con la peliosi reumatica per l'assenza dei dolori e delle infiammazioni articolari; infine, il nostro caso non lo si poteva fare rientrare nel quadro della porpora emorragica o morbo maculoso di Werllof, perchè mancavano le emorragie dalla bocca, le epistassi e le emorragie renali ed intestinali.

La diagnosi che doveva porsi era quella di scorbuto.

Erano tipiche, infatti, per lo scorbuto le emorragie intramuscolari e forse anche sottoperiostee che si erano presentate nell'arto inferiore sinistro del nostro infermo e che avevano fatto assumere alla pelle del piede e della gamba un colorito avente i caratteri di quello proprio delle cancrene; tipico per lo scorbuto era pure il colorito bluastro dell'orletto gengivale, più evidente nelle gengive rilevate dai denti e quasi mancante in quelle senza denti.

La diagnosi di scorbuto ci rese ragione anche di molti fatti anamnestici che a tutta prima ci erano sembrati oscuri.

La consolidazione del callo osseo aveva impiegato più di quattro mesi a compiersi; i dolori erano continuati assai vivi ancora per molto tempo, dacchè era stato rimosso l'ultimo apparecchio e si erano ripresentati molto intensi nell'ultimo mese di permanenza dell'infermo a casa. È noto, infatti, che nello scorbuto si hanno facilmente delle ricadute.

L'ulcerazione che si presentò, rimosso uno degli ultimi apparecchi, doveva mettersi in rapporto con lo scorbuto e non con l'apparecchio che, tutt'al più, poteva incolparsi come semplice causa coadiuvante. Ciò spiega perchè impiegò dei mesi prima di rimarginarsi e perchè si riaprì nella ricaduta del male.

Mi sembra, quindi, logico l'ammettere che l'infermo sia stato affetto da scorbuto fin dall'epoca della caduta che gli produsse la frattura bimalleolare e che, ricoverato in ospedale, per quanto non sottoposto ad una cura con sostanze antiscorbutiche, per il cambiamento del genere di vita, l'ambiente, igienico, l'alimentazione sostanziosa, a base specialmente di latte, sia, per quanto con lentezza, progressivamente migliorato anche dello scorbuto, senza, peraltro, guarire. Ritornato a casa, avendo ripreso una alimentazione unilaterale ed essendo ritornato nel solito ambiente, che abbia avuto, a distanza di tempo, una ricaduta della malattia, accompagnata dal corredo sintomatologico sopra ricordato.

La cura antiscorbutica, infatti, non solo ci confermò la diagnosi, ma ci diede ragione anche delle nostre ultime considerazioni.

Cominciammo col somministrare all'infermo due limoni da consumarsi nelle 24 ore, e continuammo la cura anche quando la malattia sembrava completamente guarita.

Il risultato che ne ottenemmo fu dei più sorprendenti.

Il malato, in pochi giorni, si riebbe dalla grave prostrazione in cui si trovava; il polso si fece più valido e ritornò della frequenza normale; ricomparve l'appetito.

Le petecchie andarono diradandosi fino a scomparire, e, in meno di una quindicina di giorni, scomparvero le emorragie sottomucose del cavo orale e le gengive ritornarono normali.

L'ematoma dell'arto inferiore sinistro si riassorbì completamente; guarì l'ulcerazione del collo del piede ed avvenne una desquama-

zione della pelle del piede e della gamba, dove il colorito si rischiarò sempre più.

Il malato in breve aumentò di peso, non accusò più dolori all'arto pur residuandogli un disturbo funzionale per la sublussazione posteriore del piede; in meno di un mese fu in grado di alzarsi e, dopo altri 10 giorni, sentendosi completamente ristabilito, volle uscire dall'ospedale.

L'abbiamo invitato a presentarsi dopo sei mesi: dice di sentirsi benissimo e di aver ripreso il lavoro; aggiunge di essersi attenuto al nostro consiglio e di non avere abbandonato la cura dei limoni dei quali ne consuma da uno a due al giorno.

RIASSUNTO.

Il presente caso sporadico di scorbuto credo debba venir preso in considerazione per i seguenti fatti:

1) per il grave errore diagnostico che era stato fatto dai nostri Colleghi e anche da noi in un primo tempo; errore diagnostico che ci avrebbe portati ad un più grave errore curativo: l'amputazione di un arto sano;

2) perchè, posta la diagnosi con la cura antiscorbutica, in brevissimo tempo portammo a guarigione un infermo che, da due anni, era sofferente, per il fatto che la sua malattia non era stata riconosciuta.

BIBLIOGRAFIA.

Casotti L. *Lo scorbuto nel passato.* La cultura dermatologica. Vol. II, 1927.

Fisichella. *Considerazioni su un focolaio epidemico di scorbuto tra gli ascari eritrei.* Gior. di Med. Mil. Fasc. 10, Pag. 518, 1928.

Gabbi. *Caso sporadico di scorbuto.* Rassegna Clinico Scientifica I. B. I., n. 3, pag. 107, 1927.

Grace Medes. *The antiscorbutic Vitamine in Fresh beef.* The Journal of Laboratory and Clinical Medicine, n. 9, 1926, vol. XI.

Gildemyn. *Un cas de manifestation scorbutique coincidant avec de la glycosurie.* Annales e Bulletin le Gand., vol. 4°, mai 1925, pag. 108.

G. Mouriquand et S. Leulcer. *Recherches expérimentales sur la biochimie du scorbut.* Journal de physiologie et de pathologie generale, n. 2, Tomo 25, 1927, pag. 308.

Roger H. *Scorbut fébrile de l'adulte avec subictére.* Gazette des Hôpitaux, 1925, n. 91 .

A. Sacchio. *Considerazioni pratiche intorno ad un raro caso di scorbuto.* Rivista medica, n. 10, 1923.

Seckel. *Zur diagnose sporadischer skobutfälle.* Deutsche Medizinische Wochenschrgt, n. 19, 1927, pag. 790.

Westin G. *Scorbutic changes in the Teeth and jans in man.* The Dental Cosmos, n. 9, 1925.

IGIENE.

La luce di Wood nella ricerca delle sofisticazioni delle sostanze alimentari.

Le frodi e le sofisticazioni delle sostanze alimentari vanno sempre più diffondendosi nonostante la sorveglianza più o meno intensa degli uffici di igiene, anche perchè i frodatori diventano sempre più abili ed esperti. Da ciò la ricerca costante di nuovi metodi, che permettano di rivelare le frodi e di proteggere la pubblica salute e la buona fede dei compratori; ricerca che deve seguire i nuovi metodi di frode se vuole riuscire efficace. E questi non mancano: citiamo, fra gli altri, la diffusione sempre maggiore della utilizzazione dei residui di fabbricazione dell'olio di oliva e degli olii estratti dalle sanse mediante adatti solventi (per lo più solfuro di carbonio). Si tratta di prodotti torbidi, di colore talvolta verde scuro, dall'odore nauseabondo, ad acidità assai elevata (anche 30 % e più, in acido oleico). L'industria li decolora, li disacidifica e li trasforma in un olio chiaro, limpido, scorrevole che viene magari messo in commercio come proveniente dalle più apprezzate regioni oleifere d'Italia. I compratori abboccano all'amo, tanto più che a molti piace questo tipo di olio insipido e scorrevole; l'analisi chimica rivela che si tratta di olio di oliva, senza aggiunta di oli di semi; la legge è muta in proposito ed i trattati, anche più recenti, fanno soltanto scarsi accenni a tale frode, che è tanto più perfida in quanto che detti olii hanno perduto le caratteristiche che, come ha dimostrato G. Sanarelli (1) fanno dell'olio di oliva un alimento prezioso.

Ma un nuovo metodo si offre ora all'igienista per svelare questa ed altre frodi, e consiste nella così detta luce di Wood.

Caratteristiche della luce di Wood.

E' a tutti noto che lo spettro della luce solare, ai due estremi della zona visibile, ha altre zone di raggi invisibili, gli infrarossi e gli ultravioletti. Tutte le radiazioni dello spettro si differenziano fra loro per la diversa lunghezza d'onda, la quale va diminuendo dai raggi infrarossi a quelli ultravioletti. Tale lunghezza viene misurata in Unità Angström (U. A.), che corrispondono ad 1/10.000 di micron, cioè ad un decimilionesimo di mm.

Quando si usi una sorgente luminosa ricca di raggi ultravioletti (lampada di quarzo a vapori di mercurio, che dà radiazioni da 4200 a 2300 U.A.) si possono selezionare i diversi raggi mediante adatti filtri, ottenendone proprietà diverse. Fra i raggi più interessanti sono appunto quelli che formano la luce di Wood e che corrispondono alla lunghezza d'onda di 3650 U.A., che si ottiene usando come filtro

un vetro alla barite, contenente una grande quantità di ossido di nichel e che, guardato per trasparenza alla luce solare, appare quasi nero.

Le radiazioni composite della luce di Wood non appartengono, come da molti si crede, allo spettro oscuro della regione ultravioletta. La sensazione di luce viene ancora percepita a 3650 U.A., sicchè la luce di Wood è visibile. Trattasi di una tenue sfumatura di viola, che Guillaume (2) definisce come grigio-lavanda, chiamando tali radiazioni *para-ultra-violette*.

I corpi irradiati da tale luce subiscono delle modificazioni di colore e possono accendersi di belle fluorescenze. Da ciò, il nome di *luce strana* dato ad essa. In realtà, nulla di veramente strano. Le modificazioni dei colori sono dovute al fatto che si tratta di una luce monocromatica la quale fa scomparire le tinte della stessa colorazione ed accentua il contrasto con i colori complementari o ad essa vicini; ne possono quindi risultare dei particolari che sono impercettibili alla luce del giorno. Anche la fluorescenza (trasformazione delle radiazioni in altre a maggiore lunghezza d'onda) non è un fenomeno nuovo potendo, come è noto, essere provocata anche da altre radiazioni luminose; vi è però il vantaggio che, con l'esame alla luce di Wood che si fa in camera nera, non si è disturbati dalla luce più viva del giorno, sicchè si può bene percepire la comparsa della luminescenza.

APPLICAZIONI DELLA LUCE DI WOOD.

Tralasciando qui le applicazioni della luce di Wood in medicina, specialmente alla dermatologia ed alla batteriologia (differenziamento di colture), accenniamo alla sua utilità per la scoperta di frodi.

Nel campo della farmacognosia, è importante il fatto che mediante essa si può riconoscere la purezza di sostanze usate come medicamenti. Così è possibile rivelare la presenza di stovaina nella novocaina; questa, di fatto, alla luce di Wood appare di un colore azzurro-viola intenso, mentre la stovaina è quasi nera. Nel campo industriale, la luce di Wood è importante per l'esame degli estratti concianti (i tannini sintetici danno fluorescenza, mentre non la danno quelli naturali) della carta (colore diverso a seconda che si tratti di carta a base di cellulosa o di fibre di lino o canapa).

Di particolare importanza per l'igienista sono le applicazioni nel campo della bromatologia. E' possibile, mediante essa, differenziare le diverse specie di latte (dei solipedi dai fissipedi), riconoscere l'aggiunta di margarina al burro naturale, il vino d'uva, che è fluorescente, da quello di frutta che rimane inattivo.

Utile essa riesce per l'esame delle farine. Quelle di frumento e di segala assumono una leggera fluorescenza verde-azzurrognola, quelle di orzo e di patate rimangono perfettamente scure; diventa invece rosa la farina di piselli, azzurro-verdastra quella di fagioli, per cui si può rilevare la presenza di una farina di leguminose anche se la proporzione è solo del 2 %. L'aggiunta della farina di soia a quella di frumento è riconoscibile dal colore di fluorescenza che passa dal giallo verdognolo, quando la aggiunta è del 10 per cento ed oltre.

La luce di Wood permette anche di differenziare facilmente l'aceto naturale da quello artificiale, fatto con acido acetico. Finora, tale differenziazione era basata soltanto sulla ricerca delle impurità che accompagnano l'acido acetico del commercio. Con la luce di Wood basta esporre ad essa l'aceto in esame; quello naturale presenta una luminescenza caratteristica che il solo acido acetico non ha; con questo metodo si può anche, con una certa approssimazione, dosare la quantità di acido acetico aggiunta (3).

L'ESAME DEGLI OLII.

Ma l'applicazione della luce di Wood più largamente studiata finora è quella per il riconoscimento della purezza degli olii.

Per il primo, Frehse, del laboratorio municipale di Lione, ha segnalato nel 1925 che gli olii di oliva raffinati presentano, alla luce di Wood, una particolare fluorescenza verde-azzurrognola mentre quelli *vergini* hanno una fluorescenza arancione. Tale esame è, ora, di uso corrente a Lione per il giudizio sugli olii, da parte del dott. Courtois (4), capo di quel Laboratorio, dove chi scrive ebbe occasione di assistere a tali esami.

Il procedimento è facile e rapido. Si mettono 2-3 cmc. di olio in una provetta, meglio se di quarzo, esponendola poi davanti allo schermo che lascia filtrare i soli raggi Wood; l'osservazione va fatta in una camera nera. Si notano allora il colore della massa e la fluorescenza; poi, si rovescia la provetta, tenendola chiusa all'estremità, e la si rimette nella primitiva posizione, facendo sì che l'olio si distenda in strato sottile sulle pareti della provetta stessa. In tal modo, l'intensità del colore ne viene accresciuta e le colorazioni sono più nette.

In queste condizioni, l'olio di oliva vergine prende un colore giallo-bruno, senza fluorescenza, quello raffinato un colore turchino; in strato sottile, la colorazione giallognola del primo non è più visibile, mentre la fluorescenza bluastra degli olii raffinati ne viene intensificata. All'esame per riflessione, gli olii raffinati prendono una fluorescenza lattiginosa, che maschera la colorazione azzurra e la sensibilità della reazione ne viene attenuata.

L'intensità della colorazione dipende, a quan-

to sembra, dal processo di estrazione: così, la fluorescenza degli olii di sansa raffinati è più forte che quella degli olii di seconda pressione; la miscela di questi con l'olio vergine non è sempre rilevabile, mentre lo è sicuramente quella con gli olii di sansa. Gli olii di soia e di vinaccioli, spesso attualmente usati nella sofisticazione di quello d'oliva, hanno una fluorescenza che va dal turchino all'indaco. Il riscaldamento prolungato determina la fluorescenza anche nell'olio di oliva vergine.

Anche in Italia sono stati fatti studi in proposito. Citiamo, fra questi, anzitutto quello di R. Stratta e A. Mangini (5) i quali, alle osservazioni di cui sopra, aggiungono che l'olio greggio estratto con solventi assume una colorazione che può essere rosso-mattone o grigio-verde (questa, specialmente se si è usato come solvente la trialina).

I nominati AA. hanno anche ideato un metodo per giudicare la percentuale di olio raffinato aggiunta, usando un colorimetro Duboscq, in cui lo specchio è sostituito da due capsuline contenenti gli olii da confrontare, sulla superficie dei quali si fa arrivare la luce di Wood.

Allo scopo di uguagliare le luci, si usa una soluzione colorante (di vesuvina o di nigrosina), di concentrazione tale che, confrontando un olio vergine con un altro miscelato al 50 %, occorra uno spessore di circa 30 mm. di soluzione colorata, dalla parte più chiara, per ottenere l'uguaglianza dei campi. Con questo procedimento, si può stabilire la percentuale dell'olio raffinato aggiunta, con un'approssimazione del 2 %.

Anche senza ricorrere al colorimetro risulta che già al 10 % di aggiunta, la fluorescenza acquista un colore quasi bianco visibilissimo; al 30 %, il viraggio è blu chiaro, dal 60 al 100 %, blu-cielo brillante.

Questi AA. hanno fatto ricerche spettroscopiche, da cui risulta che l'olio di oliva greggio, specialmente vergine, presenta una striscia rossa caratteristica e costante nel punto medio a 669 μμ, che manca in tutti gli olii raffinati e che permette di rivelare la presenza dell'olio vergine, se si trova nella proporzione almeno del 10 %.

Altre ricerche ha fatto G. Santangelo (6), il quale ha osservato anzitutto che non è possibile stabilire un tono di colore unico e tipico per tutti gli olii di oliva. Egli mette altresì in rilievo che ciascun olio di semi presenta una particolare fluorescenza e che, nelle miscele, la fluorescenza risultante non è sempre quella dell'olio aggiunto; spesso, quella dell'olio di oliva subisce, per tal modo, delle modificazioni tali per cui la fluorescenza assume tonalità più intense od anche diverse.

L'aggiunta del 50 % di olio di semi è sempre rivelabile con sicurezza, mentre un'aggiunta minore è svelabile solo negli olii a fluorescenza chiara; negli altri, a tonalità scura, tale apprezzamento è possibile solo con le sofisticazioni mediante arachie o soia (al 40, al 20 ed anche al 10 %); con gli altri olii di semi, l'aggiunta del 10-20 % non è svelabile.

L'aggiunta di 2 o 3 olii di semi in proporzione, ciascuno, del 10 % è svelabile quando uno di essi sia olio di cotone oppure di sesamo o di arachide insieme ad altri olii di semi.

L'applicazione della luce di Wood va quindi studiata nei suoi particolari per meglio definire l'apprezzamento che da essa può derivarne. Anche allo stato attuale, però, essa offre un mezzo rapido, facile e sicuro di riconoscere alcune delle più importanti frodi negli olii, giudizio che, con i consueti metodi di esame esige ricerche lunghe ed indaginose, non sempre di facile esecuzione e di sicuro giudizio.

È da augurarsi quindi che tale metodo di ricerca entri nell'uso corrente e che la legge pensi a proteggere il consumatore dalla frode di fornire per buono olio di oliva un prodotto derivante dalla lavorazione dei più nauseabondi residui.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) Annali di Igiene, giugno 1928, e Policlinico, Sez. prat., 1928, pag. 1835.
(2) *Les radiations lumineuses en physiologie. De l'infra-rouge à l'ultraviolet.* Masson, éd., Paris, 1927.
(3) WUSTENFELD e KREIPE. Rif. in *Raggi ultravioletti*, 1929, n. 3-4.
(4) BAUD e COURTOIS. *Chimie et Industrie*, aprile 1928.
(5) Giorn. di chimica applicata, 1928, n. 4.
(6) Accad. medico-fisica fiorentina, 28 giugno 1928, e Policlinico, Sez. prat., 1928, p. 1954.

A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

TERAPIA.

Indicazioni terapeutiche nelle sindromi addominali acute.

(G. JEANNENY. *Gaz. des hôp.*, n. 36 e 38, 1929).

Le sindromi addominali acute richiedono rapide decisioni terapeutiche e per conseguenza una diagnostica d'urgenza; in queste circostanze è indispensabile un metodo rigoroso di esame che comprende due tappe: una analitica (interrogatorio preciso ed esame clinico completo), l'altra sintetica (diagnosi e trattamento)

I. *Interrogatorio ed esame clinico.* È necessario anzitutto ricercare rapidamente le tare ereditarie o acquisite che potrebbero aver lasciato delle sequele indelebili sui differenti apparati addominali.

Ci si farà precisare con esattezza la data dell'inizio delle sofferenze e se ne stabiliranno le circostanze. Una sindrome addominale acuta può apparire in seguito ad un traumatismo chiuso o aperto o dopo un intervento sull'addome. In genere però l'inizio è spontaneo, lento o brusco. Il sintoma dolore domina tutte le sindromi acute dell'addome ed è indispensabile conoscerne i caratteri. Insieme al dolore appare spesso il vomito ed anche la diarrea, cui però seguono fenomeni inibitori che provocano l'arresto nel corso delle feci e dei gas e la ritenzione di orine. Si ricercherà infine la eventuale ripetizione delle crisi, la loro intensità progressiva o regressiva e i trattamenti applicati.

Poscia si passerà ad un metodico esame obiettivo. Con l'ispezione osserveremo il tipo del respiro: toracico o addominale; se il ventre è avvallato o meteorico, se vi sono movimenti peristaltici dell'intestino. Con la palpazione ricercheremo la iperestesia cutanea, la contrattura della parete, il dolore profondo, la presenza di tumefazioni in profondità. La percussione metterà in rilievo la eventuale scomparsa della ottusità epatica, il meteorismo, la presenza di versamento nell'addome. L'esame sarà completato dal riscontro rettale e vaginale.

Quattro sono le sindromi addominali acute: sindrome dolorosa, peritoneale, da occlusione, emorragica.

a) Sindrome dolorosa: tutti i « drammi » addominali iniziano con fenomeni dolorosi che in alcuni casi (torsioni, pancreatite) costituiscono quasi da soli tutta la sintomatologia. I dolori ora sono improvvisi intensissimi, con iperestesia cutanea (perforazione, pancreatite); ora ad inizio meno violento danno un senso di torsione (occlusione, torsione di un peduncolo); talora il dolore è sordo, lancinante e si accompagna a senso di replezione e tensione (appendicite). I dolori sono in genere continui con parossismi spontanei, risvegliati dai movimenti e dalla pressione.

Grande importanza hanno la sede dei dolori, almeno all'inizio e le irradiazioni successive.

b) Sindrome peritoneale: si presenta sia nel corso di perforazioni che in quello di infiammazioni. All'inizio si hanno dolori e stato di shoc, poi appaiono vomiti e singhiozzo. Il malato ha brividi e temperatura elevata; giace immobile, con le mani incrociate sul ventre che presenta una rigidità circoscritta alla regione malata.

La contrattura si estende rapidamente a tutto l'addome e basta essa da sola a porre la diagnosi di peritonite e la indicazione operatoria.

Nelle ore che seguono sembra che le condizioni generali migliorino: lo choc diminuisce e scompare; ma il dolore persiste e si diffonde a tutto l'addome, con esso persiste la contrattura che immobilizzando il diaframma provoca la respirazione a tipo toracico.

Dopo 12 a 15 ore a causa del riassorbimento tossico peritoneale il malato presenta la facies peritoneale, la cianosi delle estremità, il polso filiforme, rapido, dissociato rispetto alla temperatura che si abbassa. Infine compare l'oliguria, il vomito, il meteorismo notevole che vince la difesa della parete.

c) Sindrome occlusiva: si presenta nel corso di una ostruzione del lume intestinale o nel corso di uno strangolamento del medesimo. In genere la crisi acuta è stata preceduta da crisi meno violente. Dopo prodromi vaghi insorgono dolori forti, coliche lancinanti localizzati nel punto stenosato, ben presto però generalizzati a tutto l'addome. Ben presto compaiono vomiti prima alimentari, poi biliari, poi porracei. L'arresto delle feci e dei gas è assoluto ed è questo il sintoma dominante di tutta la sindrome.

All'ispezione dell'addome all'inizio della crisi si è colpiti dal meteorismo localizzato, timpanico in vicinanza della sede dell'occlusione (segno di von Walh) e dalle contrazioni peristaltiche che si vedono nettamente e che coincidono con i crampi dolorosi. La palpazione non risveglia dolori netti.

Nelle ore che seguono i dolori si fanno meno vivi, i vomiti meno abbondanti, solo la nausea e il singhiozzo persistono: persiste il sintoma più importante, cioè l'arresto delle feci e dei gas. Intanto il meteorismo si estende a tutto il ventre e compaiono la sete viva, la lingua secca, le orine rare e cariche, sintomi generali costanti.

A seconda della sede più o meno alta dell'occlusione, i fenomeni di riassorbimento tossico appaiono più o meno precocemente: riprendono i vomiti, nerastri, fetidi, fecaloidi; compare la facies caratteristica con gli occhi infossati, il naso e le orecchie cianotiche. La

temperatura cade al di sotto del normale, il polso è filiforme, frequente, rapido.

d) Sindrome emorragica: se ne osservano due tipi: il primo è l'inondazione peritoneale, il secondo l'emorragia a ripetizione in peritoneo libero o incistato (rottura da gravidanza extrauterina).

L'inizio dell'inondazione peritoneale è segnato da un atroce dolore che fa svenire la malata: quasi subito appaiono dei sintomi generali allarmanti di una grave emorragia, talora rapidamente mortale.

Nei casi ordinari l'emorragia è meno abbondante e presenta delle successive riprese.

Il dolore vivo si ritrova ancora all'inizio ma i segni generali di anemia sono meno accentuati. La percussione mostra talora la presenza di liquido (sangue) nei fianchi e l'esplorazione vaginale risveglia dolore in uno dei fornici. Infine si trova spesso una discreta metrorragia.

II. *Diagnosi.* Il medico dovrà qui rispettare le tre grandi regole della diagnostica clinica: 1) non partire con una idea preconcetta; 2) non accettare diagnosi precedentemente fatte; 3) non fare diagnosi di affezioni eccezionali.

Sindrome dolorosa pura: questa sindrome si riscontra eccezionalmente allo stato di purezza nelle affezioni addominali richiedenti l'intervento chirurgico.

Ne sono causa:

a livello dell'ipocondrio destro la colica epatica che evolve senza febbre, senza contrattura, senza occlusione; il dolore si irradia alla spalla destra;

a livello dei fianchi la colica renale il cui dolore si irradia lungo l'uretere verso la vescica e verso i genitali esterni;

nella regione epigastrica le crisi gastriche dei tabetici ad inizio e fine improvvisa, accompagnate da vomiti abbondanti;

nella regione epigastrica ed ombelicale la pancreatite emorragica che provoca dolori violentissimi con shoc notevole, senza contrattura delle pareti e senza febbre;

nell'ipocondrio sinistro, la torsione della milza, rara nei nostri paesi;

nelle regioni dell'ipogastrio e delle fosse iliache, la torsione di una cisti ovarica, diagnosticabile all'esplorazione vaginale.

Sindrome peritoneale: questa sindrome assai frequente si incontra sia allo stato di reazione localizzata, sia allo stato di peritonite generalizzata. La sindrome peritoneale richiede sempre trattamento chirurgico; bisogna perciò evitare di confonderla con il peritonismo dato dalla colica epatica, nefritica, saturnina ecc.

A livello dell'ipocondrio destro la peritonite deriva sia da una colecistite acuta, sia da una perforazione della cistifellea: in ambo i casi il dolore ha il suo massimo nella regione del « carrefour », irradia verso la spalla destra, ostacola il respiro, può accompagnarsi a febbre, subittero, stato di shoc; a livello dell'ipocondrio si trova contrattura che tende a generalizzarsi.

Nella regione dell'epigastrio e dell'ombelico la sindrome peritoneale è data molto spesso dalla perforazione di un'ulcera: vi sono dolori atroci, la regione epigastrica è contratta e la contrattura in poche ore si estende a tutta la parete addominale. Nel passato di questi malati vi è una storia di dispepsie, gastralgie, crampi.

A livello del fianco e della fossa iliaca destra, bisogna pensare all'appendicite perforante o flemmonosa. Nell'appendicite perforante il malato è colpito quasi improvvisamente da dolori gradatamente crescenti nonostante l'applicazione di ghiaccio ed il riposo; così pure nell'appendicite gangrenosa l'agitazione, i brividi, la facies stirata, il polso frequente e irregolare ecc., sono dei segni di grande importanza per la diagnosi.

Nell'appendicite con ascesso, alla contrattura delle prime ore segue l'apparizione di un piastrone appendicolare che sporge sotto la parete.

A livello del basso ventre bisogna, nella donna, pensare agli organi genitali. Si tratta nella maggior parte dei casi di salpingiti acute semplici o perforanti. L'esame locale, rivelando la presenza di una raccolta sporgente nel Douglas o propagantesi verso l'addome, indicherà al chirurgo il cammino da seguire.

Sindrome d'occlusione intestinale: è molto frequente e risulta sia da una ostruzione da parte di un ostacolo intracanalicolare, sia da uno strozzamento con alterazioni delle pareti intestinali. Il suo sintoma capitale è l'arresto persistente delle feci e dei gas. Bisognerà dunque eliminare da prima tutte quelle affezioni gravi nelle quali la sindrome da occlusione non è che un segno relativamente accessorio (peritoniti acute, torsioni, trombosi dei vasi mesenterici). Poscia si cercherà la causa dell'occlusione: se si tratta di un bambino si penserà alla invaginazione intestinale; nel caso di adulti allo strozzamento interno o all'occlusione da briglie; nel caso di soggetti anziani al volvolo o al cancro.

Posti questi dati generali, resta relativamente facile fissare per ogni regione la diagnosi etiologica:

a livello della regione epigastrica: dilatazione acuta dello stomaco o occlusione duodenale acuta;

a livello dell'ipocondrio sinistro: ernia diaframmatica;

a livello della regione ombelicale: occlusione del tenue per briglie od ostruzione di calcolo biliare;

a livello della regione del fianco destro: nel fanciullo: invaginazione acuta; nell'adulto: stenosi del colon destro per aderenze, o volvolo del cieco;

a livello delle fosse iliache: ernie inguinali o crurali strozzate, piccole, inosservate da parte del malato;

a livello della fossa iliaca sinistra e dell'ipogastrio, occlusione dovuta a restringimento neoplastico del sigma o del retto.

Sindrome emorragica: si presenta sia dopo un traumatismo dell'addome, sia spontaneamente e si accompagna a fenomeni dolorosi a livello del punto sanguinante e a segni netti di anemia acuta.

Secondo le regioni si osservano diversi tipi d'emorragia:

nella regione epigastrica: le grandi emorragie da ulcera gastrica, si traducono con abbondante ematemesi di sangue vivo e difesa a livello dell'epigastrio;

nell'ipocondrio destro: risultano da rottura del fegato;

nell'ipocondrio sinistro e fianco sinistro: provengono da rottura della milza, in genere malata;

nella regione ombelicale: si penserà alla pancreatite acuta emorragica;

nelle fosse iliache ed ipogastrica: le emorragie più spesso osservate derivano da rottura di gravidanza extrauterina; più di rado da rottura di cisti follicolari dell'ovaio o di varici del legamento largo.

Terapia. Non c'è terapia medica per le sindromi addominali acute: è necessario perciò non perdere tempo ed intervenire al più presto ricordandosi che è meno grave una laparotomia esplorativa, di una attesa.

L'operazione sarà precoce, rapida, semplice e completa. Le indicazioni operatorie e i risultati variano per ogni sindrome.

a) Sindrome dolorosa: nella pancreatite acuta emorragica si farà la laparotomia mediana e dopo asportazione dei tessuti distrutti e del sangue, si porrà un tamponamento-drenaggio alla Mickulicz; queste operazioni danno il 50 % di successi.

b) Sindrome peritoneale: qui l'urgenza dell'intervento è indiscutibile; si seguiranno le regole di Murphy: laparotomia ampia, drenaggio nel punto più declive, posizione di Fowler, rettoclisi post-operatoria.

Nelle peritoniti di origine traumatica l'operazione sarà emostatica ed avrà per scopo di riparare le lesioni dei visceri cavi il più semplicemente e rapidamente possibile.

Risultati: dalla 1ª alla 6ª ora: 60 % di guarigioni; dalla 6ª alla 12ª ora: 30 %; dalla 12ª alla 24ª ora: 14 %.

Le peritoniti post-operatorie sono molto gravi anche perchè in genere la loro diagnosi è fatta tardivamente: è necessario riaprire la cavità addominale, drenare alla Mickulicz la regione operatoria sospetta e se la paralisi intestinale persiste, fare una enterostomia sulla parte terminale del tenue.

Riguardo alle peritoniti spontanee la condotta varia secondo il momento in cui si vede il malato: all'inizio (prima di 48 ore) si tratterà la lesione locale con l'asportazione se si tratta di lesione infiammatoria (appendicite); nelle peritoniti da perforazione d'ulcera si chiuderà la perforazione e si creerà una derivazione complementare.

Quanto alle pelviperitoniti, se non esiste difesa marcata, potrà bastare la cura medica, ricorrendo all'intervento quando esistano fatti generali gravi e difesa in tutta la parte sottombelicale dell'addome.

Dopo passate 48 ore: se esiste una peritonite localizzata ci si contenterà di una aspettativa armata; si interverrà invece sempre nelle perforazioni e negli ascessi che dovranno essere ampiamente aperti e drenati.

Nella peritonite generalizzata « d'emblée » bisogna con una laparotomia, trattare la causa asportandola per quanto è possibile. Nelle peritoniti purulente è necessario curare la causa ed anche la occlusione paralitica. Dopo la 48ª ora è giocoforza contentarsi di operazioni di drenaggio.

c) Sindrome occlusiva: l'intervento avrà due scopi: ristabilire il corso delle materie fecali levando l'ostacolo sia creando una entero-anastomosi, sia con un ano artificiale; in seguito o nello stesso tempo si cercherà di sopprimere l'ostacolo.

Talora sarà difficoltosa la ricerca dell'ostacolo stesso ma procedendo con pazienza e con metodo si riuscirà nell'intento. Una volta ritrovatolo si agirà in modo differente a seconda della sua natura (sezione di briglie, detorsione di volvoli, svaginamento ecc.).

I risultati di queste operazioni variano secondo la causa e il momento in cui si interviene.

Concludendo: in questa chirurgia d'urgenza la precocità della diagnosi è il fattore essenziale del successo; per quanto esistono talora grandi difficoltà a fare questa diagnosi.

Qualunque siano i dispiaceri e le ansie che porta con sè la chirurgia d'urgenza dell'addome è sempre essa che darà le più grandi soddisfazioni d'ordine superiore che sono le più belle gioie dell'arte chirurgica.

VICENTINI.

SIFILIDE.

Cura della sifilide aortica.

(R. HIFT. *Wiener klin. Woch.*, n. 2-3).

La lues aortica è oggi una malattia così diffusa e a sintomi così multipli e poco specifici che soltanto la reazione di Wassermann ci può aiutare nella diagnosi. Perciò in ogni malattia del cuore e dei vasi che si sviluppi dopo i 30 anni si dovrebbe fare l'esame del sangue. Però non tutte le affezioni sifilitiche dell'aorta danno una sieroreazione positiva; d'altra parte una reazione positiva non indica che l'affezione circolatoria è di natura specifica, si potrebbe trattare di sifilitici con malattia vasale banale, nel qual caso le cure antiluetiche non influenzano i sintomi cardiaci.

Per valutare i risultati terapeutici si deve tener conto principalmente dei sintomi soggettivi; i sintomi obbiettivi non vengono di solito influenzati. I sintomi soggettivi possono essere distinti: nervoso-centrali (sensazione di males-

sere, vertigine, debolezza, tremore, cefalea), stati dolorosi simili alla vera angina pectoris oppure reumatoidi o neuralgiformi, disturbi cardiaco-neurotici (palpitazioni, aritmie, stati di ansia, disturbi di respiro in rapporto ai movimenti, sensazione di oppressione, parestesie spesso con dolori anginoidi); altri sintomi sono determinati dall'insufficienza circolatoria, oppure dalla presenza di un aneurisma.

La terapia antiluetica moderna dispone del mercurio, del bismuto e del salvarsan. Essi possono agire uccidendo le spirochete, attivando la forza di resistenza dell'organismo o favorendo il riassorbimento dei prodotti patologici.

Nella mesoaortite si tratta di focolai di uno speciale tessuto di granulazione, in cui risiedono le spirochete e che tendono alla trasformazione cicatriziale. La terapia favorisce e accelera questa cicatrizzazione, evitando che il progredire del tessuto di granulazione determini distruzione di connettivo, fibre elastiche e muscolari nell'avventizia e nella media ed ostruisca il lume dei piccoli vasi per proliferazione dell'intima. Perciò una cura adatta, favorendo la regressione dei focolai esistenti ed impedendo che se ne formino di nuovi può fare definitivamente scomparire alcuni sintomi, mentre il tessuto cicatriziale già formato non risente alcuna influenza.

I medicamenti specifici agiscono su un tessuto molto reattivo, con tendenza spiccata alla regressione, ciò spiega la loro rapidità di azione; la rapida regressione può però essere preceduta da un peggioramento dei sintomi. In casi per molto tempo non curati o affatto curati, la cura specifica può determinare una tumefazione edematosa del tessuto di granulazione e per compressione si può nella lues aortica determinare una transitoria occlusione delle coronarie.

Questa evenienza non è però determinata soltanto dal salvarsan, bensì anche dal bismuto e dal mercurio.

Oltre a tale evenienza altri inconvenienti vengono attribuiti alla terapia della lues aortica col salvarsan: morti improvvise, stati anginosi e comparsa di segni di insufficienza cardiaca. Le morti improvvise si osservano di solito in casi con alta pressione del sangue; si hanno anche in casi non curati, per cui non è possibile attribuirle alla terapia specifica. Lo stato anginoso è in rapporto con il peggioramento iniziale di cui si è già parlato e quindi con la stenosi delle coronarie; così pure i sintomi di debolezza circolatoria. Si evitano questi inconvenienti iniziando una terapia blanda ed aumentando solo lentamente le dosi a seconda della reazione individuale. Poichè i detti inconvenienti si osservano principalmente in seguito ad iniezioni di salvarsan, è buona regola iniziare la cura con frizioni mercuriali (una settimana) o con 2-3 iniezioni di mercurio o di bismuto. I migliori risultati terapeutici si osservano negli ammalati con disturbi nervoso centrali. Molto presto scompaiono i fenomeni dolorosi reumatoidi o nevralgiformi, come pure la angina ambulatoria e da sforzo.

Meno buoni sono i risultati nei pazienti con debolezza circolatoria. In questi casi la terapia sarà prudente e sono preferibili il mercurio ed il bismuto. Controindicazioni alla terapia specifica sono soltanto i casi con stato generale gravissimo, stato anginoso o grave insufficienza circolatoria. Nei casi in cui il cuore è molto grande, l'aorta fortemente dilatata, in cui esistono angina acuta o segni di insufficienza cardiaca cronica, o in cui quest'ultima si è manifestata, o se esiste ipertensione arteriosa, la prognosi sarà più cauta, si cercherà però di attuare egualmente una cura specifica. A questa sarà bene far precedere una terapia cardiotonica, di solito però si otterranno dei risultati soltanto quando a questa verrà associata anche la cura specifica.

I sintomi obbiettivi non vengono molto influenzati dalle cure. Solo la reazione di Wassermann e alcune conseguenze dell'insufficienza cardiaca si possono modificare. La reazione di Wassermann si modifica soltanto nel 25 % circa dei casi; il suo esito è del tutto indipendente dal miglioramento dei sintomi soggettivi.

POLLITZER.

Clinica della sifilide gastrica secondo le più recenti esperienze.

(H. SCHLESINGER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 26, 1929).

La sifilide gastrica è rara, la si osserva soltanto nel 0,5 % circa dei sifilitici. Statistiche con percentuali elevate sono basate sull'erronea interpretazione di affezioni gastriche banali in individui sifilitici. Neppure il criterio *ex juvantibus* è assoluto, a meno che tutte le manifestazioni cliniche non concordino a far ritenere sifilitica la lesione dell'organo. La grande frequenza della lues da un lato (10-15 % della popolazione) e dell'ulcera gastrica dall'altro lato, rende piuttosto facile la concomitanza delle due affezioni; ciò che ha fatto ritenere a molti AA. che l'ulcera gastrica sia spesso di natura sifilitica. In realtà, la genesi sifilitica dell'ulcera gastrica non è nè provata, nè probabile. Il decorso clinico dell'ulcera gastrica è identico nei sifilitici e nei non sifilitici; esso non viene influenzato da cure specifiche.

L'ipoacidità gastrica, spesso indicata come segno specifico dell'ulcera su base luetica, si osserva non di rado anche in ulcere peptiche comuni. Nella maggior parte dei casi di sifilide gastrica si può dimostrare anacidità; in alcuni casi si è però constatata iperacidità o acidità normale.

L'acido lattico di solito manca, non però in tutti i casi. L'assenza di sangue nelle feci non può più considerarsi una caratteristica della sifilide gastrica, perchè in molti casi si sono dimostrate delle emorragie occulte nelle feci. La palpazione spesso non permette di rico-

noscere un tumore mentre lo si constata all'esame radiologico o all'operazione. Spesso l'aspetto dei malati si mantiene buono, in casi di affezione di lunga durata e di gravi alterazioni della parete gastrica, ciò può avere valore diagnostico; talvolta però si osserva deperimento e perfino cachessia. In complesso si può dire che non esistono dei sintomi caratteristici della sifilide gastrica: solo l'osservazione del loro complesso, del loro raggruppamento, del decorso, degli effetti di cure specifiche e insieme il controllo radiologico, rendono possibile la diagnosi. Radiologicamente si constata spesso uno stomaco a clessidra, dovuto al raggrinzamento di vaste porzioni gastriche; la parte strozzata è piuttosto lunga e sottile. Parla per la lues e contro il carcinoma, la simmetria delle due metà dello stomaco. Sono frequenti dei difetti di riempimento, specialmente prepilorici; di solito la motilità gastrica è molto più compromessa di quanto si potrebbe ritenere in base all'estensione del difetto di riempimento. I reperti radiologici si spiegano facilmente tenendo presenti le alterazioni anatomo-patologiche. L'affezione interessa principalmente la submucosa in forma di infiltrazioni estese; spesso si hanno anche ulcerazioni che possono essere molto grandi e multiple, a margini irregolari e fondo di solito allo stesso livello, percui manca generalmente nel quadro radiologico, la nicchia.

Clinicamente, si possono distinguere due tipi principali: le forme neoplastiformi e le stenosi piloriche. Appartengono al primo tipo, lo stomaco raggrinzito, lo stomaco a clessidra e le infiltrazioni prepiloriche. Nei casi di stenosi pilorica sifilitica, si possono osservare vomito frequente con appetito buono, assenza di emorragie occulte, alto valore emoglobinico del sangue: non si tratta però di sintomi costanti. Hanno importanza diagnostica il difetto dell'antro con canale gastrico stretto e ubicato assialmente, e la rapidità con cui si determina la stenosi.

La prognosi della sifilide gastrica varia da caso a caso. La cura specifica va fatta col salvarsan, cominciando da dosi molto piccole. Nelle forme neoplastiche è meglio non perdere tempo ed operare, perchè non è mai possibile escludere il carcinoma.

POLLITZER.

APPARATO DIGERENTE.

Sull'abbassamento dei cloruri sanguigni nell'occlusione acuta del tubo digerente e nei vomiti.

(A. GOSSET, LEON BINET e D. PETIT DUTAILLIS. *La Presse Medicale*, dicembre 1928).

Gli AA. richiamano l'attenzione sull'importanza dell'abbassamento del tasso dei cloruri nel sangue e nei tessuti durante l'occlusione intestinale acuta e sull'efficacia che la somministrazione di dosi elevate di NaCl esercita sullo stato generale di questi infermi. Riportano due casi: il primo d'un bambino affetto da occlusione intestinale acuta (invaginazione) in cui, al 2° giorno dall'operazione, si manifestarono fatti di gravissima intossicazione acuta e nel quale colla somministrazione per via rettale di 30 gr. di NaCl pro die, ripetuti per tre giorni, fu possibile risollevare lo stato generale ed avere un esito felice; il secondo d'una donna di 68 anni operata d'ernia crurale strozzata il cui stato il giorno dopo l'operazione era tale da far supporre che il decesso dovesse avvenire da un momento all'altro e nella quale 4 iniezioni endovenose di 10 cmc., a 3 ore d'intervallo, di una soluz. al 30 % di Na Cl, determinarono subito un miglioramento insperato.

Partendo dal concetto che il cloro del succo gastrico è d'origine sanguigna si sono posti la questione se la perdita dei cloruri nel sangue non sia in rapporto coi vomiti ed hanno praticato una serie d'esperienze nei cani sia provocando una pancreatite emorragica sperimentale, sia determinando vomiti ripetuti colle iniezioni sottocutanee d'apomorfina. Nell'un caso e nell'altro notarono un rapido e cospicuo abbassamento del tasso dei cloruri sanguigni.

Vengono alla conclusione che, pur non essendo dimostrato che il perturbamento dello stato generale che si verifica nell'occlusione intestinale sia soltanto dovuto alla diminuzione dei cloruri sanguigni, senza l'intervento di sostanze tossiche, resta però, come corollario pratico, che il NaCl somministrato ad alti dosi rende buoni servigi nell'occlusione intestinale acuta e in tutti quegli stati morbosi accompagnati da vomiti ripetuti.

SINIBALDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

Helenfriederike Stelzner. *Weibliche Fürsorgezöglinge* (*Le corrigende*). Berlin, S. Karger, 1929.

L'autrice, già assistente ed attualmente direttrice sanitaria dell'*Istituto delle corrigende* di Amburgo, espone nel presente lavoro le sue osservazioni personali negli ultimi venti anni riguardanti lo stato mentale, le condizioni somatiche e la vita morale delle alunne dell'istituto nominato. Abituati a trovare in pubblicazioni del genere prevalentemente un crudo materiale statistico, rimaniamo qui invece favorevolmente delusi, già dopo aver scorso i primi capitoli. L'interesse per il tema trattato aumenta ancora di più, man mano che l'A. ci introduce nella vita intima personale e famigliare delle giovani allieve. Vediamo così, che già negli ultimi anni prima della guerra, in quasi metà delle ricoverate si riscontrano i deleteri effetti dell'alcoolismo e della lue dei genitori. Il periodo bellico preparò, ma non rese ancora manifesta l'accentuata corrosione dei sentimenti etici e affettivi della gioventù femminile. L'istinto di nutrizione insufficientemente soddisfatto teneva allora soppressi tutti gli altri istinti egoistici. Soltanto con l'affluire degli eserciti smobilitati nel paese, con l'improvviso aggravarsi della crisi economica e con l'invasione pacifica del paese da parte dei turisti stranieri con forte valuta, gli scrupoli morali delle giovinette si fecero sempre più deboli. Non ci meravigliano perciò alcuni dati statistici, riferentisi al periodo postbellico: più che 60 % delle ragazze internate affette da lues o blenorragia o da tutte e due; notevole aumento dei casi d'incesto fra le ricoverate; aumentata tendenza al furto e quasi in ognuna delle alunne inconsapevolezza dell'abbominevole loro passato. Chi vuol farsi un'idea più esatta della decadenza morale ed etica della gioventù femminile del dopo-guerra, non può fare a meno di consultare questo libro, importante non solo dal punto di vista educativo e sociale, ma anche da quello psicopatologico.

G. Mingazzini.

V. Capparelli. *L'ordine dei tempi e delle forme in natura.* Due vol. Editore Cappelli, Bologna. Prezzo L. 100.

L'A. colpito dal valore che ha il numero 7 nelle manifestazioni religiose, nelle tradizioni, nelle leggende, nei miti, nei riti, nei costumi di tutti i popoli, nella musica, nell'ottica, nella chimica, nella mineralogia, nella fisiologia, ha studiato questo fenomeno singolare in tutti i campi della natura, soffermandosi sopratutto in quello della patologia.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Ha raccolto così una mèsse enorme di fatti che presentano e confermano la legge del periodo settennale che governa i fenomeni naturali.

È venuto fuori così uno studio imponente che sfiora tutto lo scibile, dalla storia delle religioni a quella dei popoli, dalle scienze naturali alla patologia.

Il secondo volume, il più grosso, è dedicato tutto alla biologia. Son passate in rassegna tutte le malattie nelle quali il periodo settennale è evidente o rintracciabile, lo sviluppo dell'uomo ed il ritmo delle sue varie funzioni, i cicli fisiologici negli animali, il ritmo in alcune manifestazioni artistiche, ed i ritmi della vita vegetale che sono i più difficili a svelare.

Quale che sia l'opinione che si può avere sulle singole applicazioni, sui singoli adattamenti del principio studiato, non si può non rimanere sorpresi del fatto che quel che sembra banale coincidenza è forse una legge dell'universo, e sopratutto ammirare lo sforzo immane fatto dall'A. nella raccolta e nella interpretazione dei fatti.

Dr.

S. de Sanctis. *Psicologia sperimentale.* Vol. I. Casa editrice A. Stock. L. 60.

A breve distanza di tempo dalla comparsa del trattato sulla *Neuropsichiatria infantile,* l'illustre maestro romano pubblica un'opera che si presenta ancora più poderosa.

Con questo primo volume, che tratta la psicologia generale. Sante De Sanctis inizia la pubblicazione dell'opera che riassumerà tutto il suo fervido lavoro di pensatore e di sperimentatore, di studioso e di insegnante.

Dopo avere largamente esposto in due capitoli l'essenza, i confini ed i metodi della psicologia sperimentale, passa alla trattazione dei vari argomenti della scienza dello spirito.

L'esposizione non è a definizioni, ma critica, nel senso che dall'enunciazione serena delle varie dottrine, delle varie concezioni, delle varie ipotesi, scelte sempre tra le più serie e le più attendibili, l'A. fa emergere il suo pensiero lucido e persuasivo.

Non è quindi un'arida trattazione, ma una brillante disamina di fatti e opinioni, che danno risalto a idee personali risolutamente affermate.

La parte schematica è limitata alle sole necessità didattiche.

Dr.

E. Régis e A. Hesnard. *La Psychoanalyse.* Editore Alcan, Parigi. Prezzo Fr. 25.

È la terza edizione di un'opera che ha avuto una meritata fortuna. Essa è tra le più chiare esposizioni della dottrina della psicanalisi, e a ha contribuito fortemente a divulgare in Francia e nei paesi latini il sistema freudiano.

È un'esposizione completa, lucida e serena.

La presente edizione, morto il Régis, è stata riveduta e aggiornata dall'Hesnard, che è tra i più profondi conoscitori della psicanalisi.

DR.

G. MALUTA. *Metodo di suggestione terapeutica.* Editore Zannoni, Padova. Prezzo L. 10.

Questo manuale tratta dei vari metodi di suggestione e della loro importanza in terapia. S'indugia sulla suggestione applicata con il sonno provocato, che l'A. ritiene il più adatto ed il più efficace in molte forme morbose. L'esposizione è chiara e semplice e conferisce al lavoro un'intonazione di praticità.

DR.

B. HOLLANDER. *Métodos y usos de la Hipnosis y auto-hipnosis.* Traduzione spagnola di E. R. SADIA, Madrid. Pesetas 5.

È la traduzione spagnola di un eccellente manuale di divulgazione della ipnosi.

L'edizione originaria inglese ha avuto molto successo per i pregi di chiarezza e praticità dell'esposizione.

Chi vuole rendersi conto dell'essenza e delle applicazioni mediche dell'ipnosi deve leggere questo libro.

La traduzione è fedele ed in uno spagnolo intelligibile anche agli italiani.

DR.

A. ZILOCCHI. *La fisiopatologia del pensiero.* Società Editrice Libraria, Milano. L. 50.

In questo volume l'A. passa in rassegna le varie manifestazioni fisio-patologiche del pensiero, ed i fatti anatomici che ne sono alla base.

La trattazione ha un indirizzo spiccatamente somatico, in quanto l'A. opina, e forse giustamente, che l'astrazione dal sustrato anatomico non ha fatto fare alla psicopatologia progressi più brillanti di quel che nell'ultima metà del secolo scorso apportarono gli studi sperimentali ed anatomo-clinici.

Dopo aver fatto lo studio generale somatopsichico dell'alienato, l'A. passa in rassegna le varie affezioni mentali esponendone la sintomatologia e lo stato attuale delle conoscenze sulla loro etiologia.

DR.

O. PETRI. *La personalità di uno « Spirito » e « Universo e Vita » (Genesi e Realtà).* F.lli Bocca, editori. Torino, 1929.

Di questo autore dalla fantasia geniale e feconda ci siamo occupati altra volta per due precedenti pubblicazioni: « L'Italiano nuovissimo » e « Così... l'Umanità ». Presentemente l'autore si occupa del fenomeno metapsichico che assegna con sottili argomentazioni alla scienza ed a quella parte di essa, che ha origine dalla biologia. Contiene interessantissime comunicazioni medianiche del Nietzsche e sorprendenti affioramenti della subcoscenza. Nel secondo volume « Universo e Vita » si occupa dei nuovi concetti, espressi dal Millikan ed altri, sull'origine dei mondi, sui quali ha particolari apprezzamenti. Vi si trova espresso il concetto sull'origine della vita, e interessantissima la differenziazione tra saggezza e intelligenza.

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 12 aprile 1929.

Presiede il prof. BERTINO, presidente.

La cardiolisi alla Brauer nella mediastino-pericardite adesiva.

Prof. TORRACA. — Illustra un caso di mediastino pericardite adesiva in un giovanetto di 15 anni con dispnea, cianosi, turgore delle giugulari, idrotorace, fegato da stasi, tumore di milza, ascite, edemi degli arti inferiori; nel quale la cardiolisi (asportazione di un tratto della 4ª, 5ª, 6ª costola) fu seguita da un miglioramento notevole, con scomparsa di tutti i sintomi di insufficienza cardiaca, persistente 14 mesi dopo l'operazione.

Sulla secrezione interna dell'ovaio.

Dott. MAURIZIO. — L'O. iniettando in animali da esperimento liquor follicoli o siero di sangue di gravida, in dose eguali, ha ottenuti identici risultati e cioè comparsa dell'estruo, accrescimento dell'utero, e acceleramento della maturazione sessuale negli immaturi.

Adoperando la follicolina, in tre casi d'ipofunzione ovarica, in uno di dismenorrea ed in uno di disturbi della menopausa, ha avuti vantaggi discreti, sia per riguardo alla cessazione dei disturbi soggettivi, sia per riguardo alla ricomparsa delle mestruazioni in un caso invece di amenorrea non ebbe alcun vantaggio dal trattamento praticato con altre dosi e per lungo tempo.

Azione del glucosio sull'utero isolato.

Dott. MARIANO MESSINI. — Esperienze cliniche di vari Autori inducevano a ritenere che il glucosio esercitasse una azione ecbolica riferibile a una sua azione direttamente eccitante sulla muscolatura uterina. Osservazioni sperimentali in vitro d'altro canto potevano far considerare il glucosio come una sostanza indifferente per l'utero di cavia.

Ricerche sperimentali sistematiche hanno dimostrato che mentre l'utero vergine di cavia reagisce debolmente al glucosio, l'utero gravido reagisce con spiccato aumento del tono e della contrattilità a concentrazioni elevate inferiori però

alla concentrazione massima della soluzione isotonica di glucosio. Le presenti esperienze potrebbero renderci ragione delle citate osservazioni cliniche se un raffronto tra queste e le esperienze in vitro sull'utero di cavia non sembrasse azzardato.

Azione del citrato trisodico sull'utero isolato.

Dott. MARIANO MESSINI. — In seguito a esperienze eseguite sull'utero isolato di cavia sia gravido che vergine conclude che le dosi minime di citrato trisodico esercitano un'azione depressiva la quale deve essere verosimilmente riferita alla diminuzione della concentrazione o meglio dell'attività degli ioni calcio contenuti nella soluzione.

Dosi intermedie esercitano sia sull'utero vergine che gravido, un'azione eccitante, dosi maggiori un'azione fortemente depressiva. Queste azioni devono essere verosimilmente riferite all'azione per sè stesse indipendentemente dalla sua proprietà di combinarsi col calcio. Queste conclusioni hanno anzitutto un interesse farmacologico generale in quanto dimostrano come l'azione esercitata da una dose piccolissima di un farmaco può essere analoga sia pure per un meccanismo diverso all'azione esercitata da una dose molto elevata e opposta all'azione che nello stesso organo esercita una dose intermedia del farmaco stesso. In secondo luogo i risultati di queste esperienze messi a confronto coi dati della letteratura riguardanti l'azione farmacologica del calcio e quella degli anioni ritenuti come reattivi « decalcificanti », chiariscono molti importanti punti controversi.

Le correnti di azione della muscolatura liscia bronco-polmonare.

Dott. LUISADA. — L'O. ha iniziato le sue ricerche su polmoni isolati di mammiferi, prima con elettrodi di argento, poi con elettrodi impolarizzabili. Applicando gli elettrodi in vario modo (uno al bronco principale destro e l'altro alla punta del polmone, uno alla trachea e l'altro a un bronco, ambedue ai bronchi principali, previa legatura di uno di essi) ha potuto constatare che la distensione del polmone dà luogo in genere ad una serie di manifestazioni elettriche, in parte svolgentisi durante la distensione, ma in parte maggiore verificantesi durante la successiva e spontanea retrazione del polmone. Queste correnti elettriche, registrate a mezzo di un galvanometro a corda possono prodursi per molte ore sugli organi isolati, purchè se ne impedisca il disseccamento.

Dimostrato con asportazioni successive che le correnti registrate non sono la espressione esclusiva della attività bronchiale locale, poichè diminuiscono notevolmente se manca il parenchima polmonare l'O. dimostra che esse non sono di natura fisica, perchè sono più forti durante la lenta retrazione spontanea che durante la rapida distensione passiva, perchè scompaiono dopo cottura del tessuto, perchè non si verificano in tubi di gomma di ugual calibro, perchè nei preparati un po' vecchi le correnti si verificano ora sì, ora no, pur essendo sempre eguale la distensione.

L'O. passa poi allo studio di queste correnti di azione e vede che esse hanno tipo vario, per lo più monofasico (il che si spiega con la notevole distanza degli elettrodi) a volte difasico; esse sono proporzionali alla entità della distensione, ma solo entro limiti fisiologici, perchè al di sopra di questi le correnti non aumentano e a volte tendono anzi a diminuire.

Completata questa serie di ricerche l'O. si è preoccupato di registrare le correnti di azioni bronco polmonari negli animali viventi.

Veduto che la migliore sensibilità era data sui polmoni isolati dalla derivazione esterna trachea bronco l'O. tenta di registrare le correnti introducendo un elettrodo in un bronco dalla trachea, applicando l'altro alla trachea stessa. Ottenuto buon risultato tenta questo su animali viventi, respiranti spontaneamente, tracheomatizzati. Ha ottenuto migliori risultati applicando alla trachea un elettrodo impolarizzabile; introducendo l'altro elettrodo nel bronco inferiore del polmone destro; questo elettrodo consisteva in un filo metallico isolato, con la punta rivestita di cotone imbevuta di soluzione fisiologica. Si ottengono così delle variazioni di potenziale di tipo respiratorio, gli elettrobroncogrammi, su cui si iscrivono delle piccole ondulazioni rapide, gli elettrocardiogrammi. Per ridurre al massimo l'ampiezza di questi l'O. aumenta l'inerzia del sistema registratore inviando nell'avvolgimento del galvanometro, correnti di due milliampères ed ottenendo quindi la miglior registrazione delle correnti lente, la peggiore registrazione delle correnti rapide.

Per interpretare le correnti ottenute su animali viventi l'O. esclude successivamente:

a) l'interessamento della muscolatura striata dell'apparato respiratorio;

b) l'interessamento della musculatura faringolaringea;

c) l'opera del cuore.

Giunge quindi alla conclusione che queste correnti sono espressione delle variazioni toniche di tipo respiratorio della muscolatura liscia bronchiale che si addentra fino agli alveoli polmonari e che concorre sinergicamente alla funzione respiratoria. L'O. passa poi allo studio delle condizioni favorenti od ostacolanti queste correnti di azione. La pilocarpina e la istamina le rinforzano; la papaverina e l'atropina le aboliscono. Questi risultati concordano con le note ricerche del Bottazzi su muscoli lisci isolati. Gli studi eseguiti con narcotici mostrano che alcuni di questi posseggono una notevolissima azione depressiva sulla muscolatura liscia bronchiale.

La vagotomia bilaterale dà luogo ad un meno perfetto sinergismo fra muscoli lisci e muscoli striati, come se i vaghi controllassero e favorissero la contrazione della muscolatura liscia, armonizzandone l'azione. La stimolazione del moncone periferico del vago dà luogo a rinforzo delle correnti di azione.

Morto l'animale, compaiono le lente variazioni di potenziale (contrazioni toniche) interrotte ogni tanto da scosse rapide corrispondenti a contrazioni rapide (contrazioni cloniche) della muscolatura bronchiale. Queste ricerche che l'O. ha eseguito per rendersi ragione dei fatti che si svolgono nella Patologia umana, sono attualmente in corso di sviluppo. L'O. non esclude che esse possano essere proseguite sull'uomo e che, dati i progressi attuali della broncoscopia, si possa in avvenire registrare un *elettrobroncogramma* umano, il quale potrebbe essere del più grande interesse nello studio delle malattie dell'apparato respiratorio.

Il Segretario: SCIMONE.

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno.

Seduta del 12 maggio 1929.

L'ulcera duodenale (sintomi, diagnosi, cura medica).

Dott. JACARELLI. — Riassume i dati statistici recenti, le teorie patogenetiche, specie quella anafilattica di Cesaris Demel, la sintomatologia (chimismo, ematologia), le varietà chimiche, le complicazioni, ecc., ed analizza i concetti di diagnosi differenziale. Illustrati i vari sistemi di cura incruenta (dietetica-proteinoterapia-radioterapia-alcalinizzante-autoemoterapia...); stabiliti i casi che devono essere trattati chirurgicamente, insiste sulla necessità, nei casi non complicati, di tentare sempre la cura medica, protratta per il tempo necessario. Delle complicazioni ritiene che l'emorragia sia di competenza, in grande prevalenza, medica. Cura interna e cura chirurgica vanno applicate caso per caso, tenendo conto di tutti i fattori, senza preconcetti.

La cura chirurgica dell'ulcera duodenale e delle sue complicazioni.

Prof. CARAVANI. — Nei casi complicati, l'intervento nelle forme acute è riservato solo ai casi ribelli al trattamento medico. Nelle forme croniche l'intervento chirurgico succede al trattamento medico quando sia inefficace, ed è da questo integrato dopo l'operazione. L'anestesia locale è superiore agli altri metodi. Dei metodi operatori (escissione gastro-enteroanastomosi, resezione, enervazione), la gastro-digiunostomia e la resezione tengono il campo. Depreca l'abuso della gastro-enterostomia per errata diagnosi in malati non ulcerosi, nei quali crea sovente una nuova malattia. La scelta tra l'anastomosi e la resezione dipende caso per caso da parecchi fattori: nessuno dei due metodi è perfettamente radicale; se la percentuale di guarigioni con la resezione è superiore a quella con l'anastomosi, questa ha su quella il vantaggio di maggiore benignità operatoria. In caso di grave emorragia unica consiglia il trattamento medico, pronti ad intervenire alla scomparsa dello chok emorragico; in caso di emorragie ripetute, o di piccole frequenti emorragie anemizzanti, l'indicazione è imperiosa: da preferire i metodi di emostasi diretti. Nelle perforazioni il successo dipende dalla precocità dell'intervento, che sarà il più semplice: sutura, con escissione se necessaria, con gastro-enterostomia se stenosante; la resezione non può essere un metodo di scelta.

I limiti del trattamento radiologico nelle metastasi ossee da tumori maligni.

Prof. G. MELDOLESI. — Presenta una ricca e ben documentata serie di tumori ossei metastatici (epiteliali e connettivali) trattati radiologicamente con risultati generalmente buoni, riuscendo a mantenere in vita, senza sofferenze e sovente atti al lavoro per qualche anno, malati che certamente sarebbero, abbandonati a sè, morti in pochi mesi.

I sintomi radiologici dell'ulcera duodenale.

Dott. P. NATANTE MARZI. — Ricordata la morfologia normale del duodeno, descrive i sintomi radiologici indiretti e diretti dell'ulcera duodenale e mette in evidenza l'importanza della ricerca della nicchia.

La colecistografia per via orale.

Dott VOLPE. — Sottolineando l'importanza pratica del metodo, oggidì perfezionato, presenta una serie di radiogrammi dimostrativi.

Lussazione isolata laterale esterna del radio.

Dott. F. DE FRANCESCO. — Rara affezione, di cui illustra il meccanismo e il trattamento chirurgico: resezione della testa lussata, disinserzione del tendine del bicipide e plastica di esso con l'espansione opo-neurotica del brachiale.

Indicazioni e controindicazioni cliniche del pneumotorace terapeutico.

Dott. TESTARMATA.. — Rivolto uno sguardo storico alla tubercolosi da Ippocrate a Forlanini, tratta del meccanismo d'azione del pneumotorace e delle sue indicazioni, mettendo bene in evidenza le forme cliniche che possono giovarsi di tale metodo terapeutico.

Dilatazione acuta duodeno-gastrica seguita ad un operazione sulle vie biliari. Duodeno-diagnostomia. Guarigione.

Prof. A. SALA. — A seguito di indaginosa colecistectomia, in soggetto deperito, si è avuto vomito biliare ribelle, grave; al nuovo intervento si trovano dilatati stomaco e le prime due porzioni del duodeno senza causa meccanica (dilatazione paralitica sopravateriana) si esegue la duodenodigiunostomia transmesocolica; guarigione confermata a distanza.

L'oscillometria nell'allacciatura dell'arteria e della vena femorale nel canale di Hunter.

Dott. CELIBERTI. — L'O. illustra un caso di pronto soccorso di allacciatura dei vasi femorali, lesi da ferita d'arma bianca con buon ripristino del circolo, studiato con l'apparecchio di Pachon

Empiema appendicolare senza sintomi.

Dott. M. ZACCARA. — Operando per ernia inguino-scrotale destra, si osserva l'appendice, giacchè il ceco si presenta, e la si trova infiammata. Reperto: appendicite obliterante con empiema.

La fisioterapia nella paralisi infantile.

Dott. A. PESARESI. — Con una casistica di 1 osservazioni prova il vantaggio della fisioterapia (raggi X, diatermia, elettroterapia) applicata precocemente nella cura della poliomielite.

La colina nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.

Dott. L. LAURENTI. — In base ai risultati ottenuti in otto casi conclude che l'acelticolina risponde bene quale sistema di cura dell'ipertensione arteriosa, sopratutto quale medicamento d'urgenza.

Il Segretario: A. CAUCCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il riflesso appendicolare.

Vi sono dei sintomi i quali non si possono mettere in rapporto clinicamente con un'affezione appendicolare, che non si giovano della cura medica, ma che cedono invece all'appendicectomia.

Mitchell (*British Med. Journal*, n. 3464, maggio 1927) a tal proposito ricorda la sindrome pilorica, come riflesso appendicolare, con la iperacidità, il vomito, lo spasmo pilorico; tali disturbi cessano con l'estirpazione dell'appendice.

Un'appendice infiammata può simulare anche dei sintomi nervosi: epilessia, isterismo, neurastenia; talora si può avere glicosuria ed acidosi, che difficilmente si penserebbe a mettere in rapporto con un'affezione appendicolare, ma che cessano dopo l'appendicectomia.

L'A. non vuole con questo asserire che tali affezioni siano sempre espressioni d'un riflesso appendicolare; tuttavia bisogna sempre portare l'attenzione sulla fossa iliaca destra, per poter mettere in evidenza un'appendicite larvata, e quindi ricorrere all'appendicectomia.

CARUSI.

Diagnosi differenziale fra gravidanza extrauterina, appendicite e colecistite.

Queste tre condizioni patologiche offrono alcuni sintomi comuni; è vero che la sopravvenienza di una sindrome acuta intempestiva in una giovane donna sana lascia piuttosto pensare alla gravidanza ectopica, ma, in complesso, la sicurezza non si ha che all'atto operatorio. Anche i pochi sintomi su cui si sofferma Eisen Klam (*Wiener klin. Wochensch.*, 1927, n. 28) non sono tali da dare una diagnosi di certezza.

Per quanto riguarda la localizzazione del dolore, è noto ormai che i diversi punti dolorosi proposti dagli autori vanno perdendo sempre più valore. Tutt'al più si possono utilizzare quando si rilevi l'irradiazione del dolore alla coscia ed eventualmente l'atteggiamento retratto dell'arto, mentre a favore della colecistite starebbe la irradiazione del dolore alla spalla. Ma è intuitivo che ciascuna di tali manifestazioni può andare soggetta alle più varie vicende.

Anche l'ittero può indurre a facili errori fra gravidanza ectopica e colecistite, poichè p... (sia pure raramente) aversi anche ittero nella rottura con spandimento di sangue nella cavità peritoneale.

Si è voluto dare importanza all'anuria, per la diagnosi di rottura gravidica, ma non di rado essa si osserva anche nell'angiocolite.

fil.

I raggi X nella diagnosi dell'ascesso appendicolare.

Non sempre la sintomatologia dell'ascesso appendicolare è molto chiara, come accade allorquando si sono formate adesioni vaste, e allorquando lo ricoprono il ceco, o il colon, o anse del tenue. In tal caso riescono di sussidio diagnostico i raggi X (M. Ritvo, *Boston M. S. Journ.*, 25 agosto 1927).

In due casi del genere la diagnosi fu resa possibile radioscopicamente dai seguenti dati:

1) spostamento del ceco, del colon ascendente e dell'ileo terminale, con allontanamento dalla loro sede normale;

2) fissazione dell'ileo terminale e del ceco,

3) dolorabilità sulla regione dell'ascesso, con la palpazione praticata sullo schermo.

M. FABERI.

CASISTICA.

Sulla clinica e l'anatomia della necrosi delle surrenali, sulla steatonecrosi d'origine pancreatica.

Pens Carlo (*Mitt. aus den Grenz. der Med. u. Chir.*, 1928) ricorda come Kajserling nel 1913 abbia già riferito su gravi lesioni necrotiche delle surrenali in un caso di pancreatite acuta emorragica. Ma mentre le lesioni epatiche, che si riscontrano in questa sindrome sono state studiate largamente, non così quelle delle surrenali. L'A. riportandone un caso proprio, in cui la malattia non decorse con l'andamento acutissimo, col quale si osserva generalmente, e nel quale appunto le surrenali erano d'ambo i lati in preda a esteso processo di necrosi, espone il proprio concetto secondo cui molti dei sintomi patognomonici della pancreatite emorragica come: l'abbassamento della pressione, lo stato di adinamia, di astenia e per una certa parte, anche la glicosuria, sarebbero dovute alle lesioni delle surrenali. Queste lesioni aggraverebbero anche l'andamento della malattia e lo renderebbero più rapidamente mortale nei casi a decorso pur mite come quello riportato dall'A. stesso. V. GHIRON.

Pancreatite consecutiva ad abbondante ingestione di atofan.

M. J. Petty (*British med. journ.*, 8 settembre 1928) riporta il caso di un individuo il quale, per una neuralgia alla spalla ed al braccio sinistro, prendeva dell'atofan, di cui un giorno che sentiva più forti i dolori, ingerì tutto un tubo di 10 pastiglie.

Pochi giorni dopo, scomparsi i dolori alla spalla avvertì dolori alla regione gastrica, dove si aveva anche rigidità dei muscoli e sensibilità alla pressione. Le condizioni peggiorarono

rapidamente, tanto che, pensando ad una peritonite attorno ad ulcera perforante, si procedette alla laparotomia. Si riscontrò invece una pancreatite, con necrosi del grasso ed emorragia e senza calcoli. Fegato normale. Il paziente ebbe poi ematemesi che lo ridusse in fin di vita, ma, poi, si riebbe gradatamente.

Il breve resoconto dell'A. non fornisce altri particolari. Si rimane però in dubbio se la nevralgia alla spalla ed al braccio di sinistra, che il paziente attribuiva a cause reumatizzanti, non fosse invece un segno premonitorio della pancreatite. *fil.*

TERAPIA.

Rimedi antidiarroici nella prima infanzia.

Prima di combattere la diarrea, bisogna tentare di prevenirla, evitando gli errori dell'allattamento e dello svezzamento, proteggendo il bambino dall'ambiente esterno (calori estivi, ecc.). Ma se la diarrea è comparsa e i semplici rimedi della cura idrica e successiva rialimentazione non bastano, è necessario ricorrere ad una vera e propria cura della diarrea. G. B. Allasia (*La Pediatria del medico pratico*, n. 12, 1928, e n. 1, 1929) si occupa di questo argomento.

I purganti vanno esclusi in modo assoluto perchè o inutili o addirittura dannosi. Tra gli astringenti intestinali, ottimi i preparati di bismuto e i tannici.

Il bismuto si darà in polverine (non in sospensioni che sono facilmente alterabili) impastandole con un po' di zucchero in un cucchiaino d'acqua; il bismuto non va dato quando esiste ipercloridria, per la sua solubilità negli acidi forti.

Dose per i lattanti gr. 0,10, pro dose 3-5 volte al dì; dopo il primo anno di età gr. 0,20-0,25-0,30, pro dose 3-5 volte al dì.

Sp. Sottonitrato di bismuto gr. 3
Zucchero q. b.
dividi in 12 carte: 4 al dì.

Il sottonitrato va preferito al carbonato di bismuto, che è meno attivo e più pericoloso per la sua facile assorbibilità, e al salicilato, poco usato. Ottimo coadiuvante alla cura per os è il tannino per clistere.

Sp. Acido tannico gr. 1
Acqua bollente » 500
per 2 clisteri.

Il clistere va fatto lentamente, con una pera tutta di gomma o con una sonda Nélaton, va preceduto da un clistere evacuativo; si ricordi che non va mai ricettato con alcaloidi, sali metallici, acqua di calce, gelatina, mucillagine, albumina, bicarbonato di sodio, piramidone.

Il tannato di bismuto non è così attivo come potrebbe aspettarsi dalla sua composizione ed è poco usato: lo stesso si dica del sottogallato di bismuto o dermatolo.

Il tannato di chinino ha l'azione di entrambi i 2 componenti, è indicato nelle diarree modiche, febbrili; non in quelle profuse, coleriche: controindicazioni sono l'epilessia e la nefrite.

Sp. Tannato di chinino gr. 0,20
Sottonitrato di bismuto » 0,20
in una cartina con zucchero. Tali 12, 4 al dì.

Il diacetil-tannino o tannigeno (incompatibile con gli alcali, i sali di ferro e l'acqua calda) ha azione incostante: si dà associato o no ai sali di bismuto, alla dose di gr. 0,10-0,30, 4-6 volte al dì, diminuendo col diminuire della diarrea.

Il tannato di albumina o tannalbina, è usato a gr. 0,20-0,25 pro dose, 3-4 volte al dì, nelle diarree acute e nelle coliti.

Il tannato di gelatina o gelotannina, indicato nelle diarree dei tubercolotici perchè unisce l'acido tannico alla gelatina (emostatica). Dosi: da gr. 0,25 (lattanti) a gr. 0,50, 3-5 volte al dì.

Vi sono poi delle droghe ricche di acido tannico come:

la bistorta o serpentina (in decotto al 20 % o in polvere, gr. 2-4 al dì), il campeggio (astringente mite, gr. 0,50-2 di polvere di legno in decotto), il mirtillo (in tintura 1:50 da 10 a 15 gocce prima dei pasti, in decotto al 6 % per clistere, o come bacche in infuso al 10 % o in decotto all'1-5 %), le noci di galla, oggi poco usate (in tintura diluita, alla dose di gr. 1-2,5 pro die), la quercia (caffè di ghiande, alla dose di gr. 5-10 di ghiande torrefatte per infuso, con zucchero), la ratania (assai ben tollerato per os, o in forma di decotto o infuso al 2 %, o di estratto molle sciolto in pozione a gr. 0,20 pro die, o di sciroppo, gr. 10-30 al dì).

Possono poi essere utili altri preparati:

Il carbonato di calcio, antiacido e assorbente, utile nell'ipercloridria e nelle diarree a feci acide: si può unire al bismuto. Dosi: gr. 0,10-0,30 per volta e per anno di età: sino a un grammo pro dose (!).

L'allume è poco usato; l'acqua seconda di calce è invece un antiacido, utile nei vomiti acidi ripetuti dei lattanti e nelle diarree moderate. Se ne dà da un cucchiaino ad un cucchiaio per volta, diluendola in 2 parti d'acqua o nel latte: non va associata ad alcun altro farmaco.

La mucillagine di riso (decotto di consistenza collosa) è utile come passaggio tra la dieta idrica e quella di rialimentazione, e anche nello svezzamento.

Il salep e il noce comune sono poco usati.

Il carbone vegetale è assorbente e antiputrido e va prescritto nelle diarree putride e nelle forme che si accompagnano a produzione di gas. Però nei bambini titilla la fa-

ringe e può dare il vomito, o agisce da corpo estraneo ed eccita la peristalsi. Dose: gr. 0,15-0,50 per volta, mezz'ora dopo i pasti, 2-3 volte al dì.

V. SERRA.

Il trattamento delle diarree gravi del poppante.

Nella diarrea coleriforme dei poppanti, il trattamento deve essere istituito precocemente, se si vuole che agisca efficacemente.

Il bambino presenta dei segni di intossicazione (facies coleriforme), di abbattimento (sonnolenza, polso che batte male, grida indebolite) e dei segni di disidratazione (depressione della fontanella, secchezza della lingua, oliguria, persistenza delle pieghe cutanee).

Il trattamento consigliato da A. Bohn (*L'Hôpital*, maggio 1929) comprende i mezzi seguenti.

Disintossicazione. Dieta idrica, con acqua bollita tiepida (ghiacciata se esiste vomito ripetuto), da darsi a cucchiaini da caffè ogni mezz'ora od ogni quarto d'ora (quantità totale uguale a quella del latte, 125-150 cmc. per kg. di peso).

La durata della dieta idrica è variabile, da uno a tre giorni al massimo, altrimenti si possono avere dei segni di inanizione; se essa dura più di due giorni, si sostituirà l'acqua con acqua di riso o brodo di legumi poco salato.

Stimolazione. Si darà 2-3 volte al giorno un bagno a 38° per 5-10 minuti; se vi è minaccia di collasso (polso malamente percepibile), il bagno si darà senapizzato, oppure si faranno impacchi senapizzati al torace, mattina e sera. Si completerà il trattamento con iniezioni di caffeina, di olio canforato.

Reidratazione. La prognosi è particolarmente grave per i bambini che rifiutano l'acqua o che vomitano quella ingerita. In tali casi, si è autorizzati a fare iniezioni sottocutanee di siero fisiologico (a 8-9/1000 di NaCl) o di siero di Ringer o di Quinke; in quantità di 20-30 cmc. tutti i giorni.

Realimentazione. Si incomincierà a dare del latticello o del latte di donna, in quantità di 10-20 cmc., due volte al giorno, completando la quantità con acqua di riso o con brodo di legumi; nelle altre poppate, si daranno soltanto questi ultimi due alimenti. Soltanto 5-6 giorni più tardi, si potrà incominciare, con infinite precauzioni, il passaggio al latte di vacca.

Frattanto, il bambino dovrà sempre essere sottoposto alla stimolazione e si sorveglierà la scomparsa dei segni di intossicazione.

fil.

Trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale con alcalini ad alte dosi.

Da quando la terapia alcalina a grandi dosi è entrata nel trattamento delle ulceri gastriche e duodenali, senza dubbio sono diminuiti i casi da affidare al chirurgo per l'intervento. L'essenziale però è di mantenere lo stomaco, notte e giorno, completamente libero di acido cloridrico.

Lean (*Die Therapie der Gegenwart*, novembre 1928) consiglia la seguente miscela:

Bicarbonato di sodio	gr.	4
Carbonato di magnesio	»	8
Carbonato di calcio	»	8
Carbonato di bismuto	»	2

Un cucchiaino ogni ora per la prima settimana.

L'infermo deve alimentarsi a preferenza con cibi liquidi, e solo quando comincia a migliorare, si può aumentare l'alimentazione solida, diminuendo allora la frequenza dell'ingestione della polvere.

Debbono essere evitate tutte le sostanze irritanti od eccitanti; la carne può essere data, ma in piccole quantità e ben masticata.

A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le proprietà degli organismi spirochetiformi. L'“Heliconema vincenti„.

Sono note le belle ricerche di G. Sanarelli, le quali hanno chiarito la vera natura della supposta simbiosi fuso-spirillare, dimostrando che i bacilli fusiformi sono il prodotto di una trasformazione degli spirocheti ed hanno così portato all'unificazione delle forme spirochetiche e fusate in un solo microbo, l'*Heliconema Vincenti*, San. (Cfr. questo giornale, 1927, pagina 859).

A. Alessandrini e E. J. Pampana (*Annali d'igiene*, 1928) hanno studiato ulteriormente questo germe, che si presenta molto interessante, sia per le sue proprietà che per la sua sistematica ed addivengono a risultati che suscitano importanti problemi biologici.

Coltivabilità e comportamento nei diversi terreni. Gli AA. hanno coltivato l'*Heliconema* su diversi mezzi, fra cui anche sui filtrati batterici ed hanno rilevato che i più favorevoli fra questi sono quelli di *Sarcina aurantiaca* e di *Aspergillus niger;* il filtrato di piocianeo, invece, inibisce lo sviluppo, mentre quello di *Bac. mesentericus* lo favorisce ma ne provoca la trasformazione in forme fusate.

Risultati negativi, invece, si ottengono quando si semini l'*Heliconema* in terreni abiuretici, con soli aminoacidi o loro derivati, anche se con l'aggiunta di agar nutritivo e così pure con i terreni liquidi ad elevata concentrazione salina.

Con un terreno speciale da loro allestito dopo molti tentativi, gli AA. ottengono uno sviluppo rigoglioso dell'*Heliconema.* Esso consta essenzialmente di carne triturata, con aggiunta di peptone e cloruro di sodio, sterilizzato me-

diante filtrazione, a pH di — 6,6, — 6,7 (il pH più favorevole è: — 6,8; — 6,4). In questo terreno, l'*Heliconema* induce delle modificazioni sotto forma di intorbidamenti, depositi ed evidenti cambiamenti di colore e, a seconda che vi si aggiungono o non il peptone ed il cloruro di sodio, si ha prevalenza delle forme spirochetiche o la costanza del tipo originario (fusiforme o spirochetico).

Forma tipicamente fusata con perdita di quella vibrionica in questo terreno assume anche il vibrione di Finkler e Prior. Fatto questo di grande importanza biologica, perchè dimostra che anche gli elementi vibrio-spirillari possono trasformarsi in fusiformi, ed induce quindi a pensare che *la così detta simbiosi fuso-spirillare* sia, in realtà, costituita da aspetti di uno stesso germe.

Gli elementi sferoidali. Caratteristica e costante proprietà dei ceppi spirochetici e del ceppo uniforme dell'*Heliconema* è la produzione di una grande quantità di corpi sferoidali globuliformi di varia dimensione.

Questi corpi, già messi in evidenza da Sanarelli, sono stati accuratamente studiati dagli AA. i quali vengono alla conclusione che essi possono classificarsi in 4 gruppi: corpi cromidiali, corpi grandi indeterminati, granuli, detriti; eccettuati questi ultimi, tali elementi sferoidali rappresentano una fase della vita dell'*Heliconema*, con probabile significato riproduttivo.

Fra le altre proprietà dell'*Heliconema*, messe in luce dagli AA. sono le seguenti: esso non risulta filtrabile, è aerobio facoltativo, può attaccare il lattosio con sviluppo di acidi e produrre melanina, è disciolto dai sali biliari, dalla saponina.

Tutti questi studi portano a concludere che l'*Heliconema* appartiene ad una nuova famiglia, delle Heliconemacee, con i generi *Vibriothrix* ed *Heliconema*, fra le Spirillacee e le Spirochetacee, di cui gli AA. danno le caratteristiche differenziali. *fil.*

L'eziologia della parotite epidemica

L'eziologia della parotite epidemica è tuttora oggetto di discussione. Alla consueta teoria del virus filtrabile, Kermogant ha opposto le sue ricerche, dalle quali sarebbe giunto alla conclusione che l'agente eziologico è una speciale spirocheta, che egli ha ampiamente descritta. Tale spirocheta passa attraverso le Chamberland L_2, L_3 e vive in simbiosi obbligata con un batterio anaerobio facoltativo; inoculata nel testicolo del coniglio, vi produce una tipica orchite.

G. Mirone e U. Rettani (*Ann. di med. navale e coloniale*, marzo-aprile 1929) hanno ripetute le ricerche di Kermogant, ma non hanno potuto confermarle e ribadiscono la teoria del virus filtrabile. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 2020:

La terapia ultravioletta non ha nulla a che vedere con la somministrazione per via orale o con le istillazioni di bleu di metilene. La lampada Sollux dà raggi in vescica, prevalentemente calorifici, quella di Bach freddi. Se ha fiducia nel metodo può provare anche con quest'ultima: se effetti sono ottenibili da tale terapia, dovrebbe pure ottenerli coi raggi U. V. della lampada Bach senza interporre alcun filtro.

Ottima cura dell'enuresi è data dalle iniezioni epidurali con la seguente formula:

Novocaina ctg. 3
Soluzione fisiologica con cloretone cmc. 10
p. una fiala sterile.

Se ne possono fare anche due per settimana fino a 10-12 in tutto.

Accertarsi che il paziente non abbia calcoli in vescica o se giovane molto, ipertrofia tonsillare, nel qual caso l'amigdalectomia toglie spesso ogni disturbo.

A. CASSUTO.

Al dott. G. C., da Aulla:

Non esistono *trattati* sull'azione tossica delle sostanze usate nei polverifici, tanto più che non in tutti si usano gli stessi prodotti e si fa la stessa lavorazione; gli ingredienti con cui si prepara la polvere nera, il trinitrotoluolo, la nitroglicerina, il fulminato di mercurio ecc., hanno ognuno azioni diverse l'uno dall'altra. Qualche indicazione potrà trovare sui trattati di medicina del lavoro, ma meglio in monografie speciali (sul tritolo ne è stata pubblicata una in inglese) e sui periodici di medicina generale e di medicina del lavoro.

Se le bastano alcune nozioni sull'azione delle diverse sostanze, scriva pure indicando quali lavorazioni si fanno nel polverificio a cui Ella è addetto, e si risponderà su questa stessa rubrica. *fil.*

VARIA.

Donne e Medicina.

La professione che con preferenza le donne hanno in ogni tempo ed in ogni luogo invidiato agli uomini è la medicina. Di donne-avvocati e donne-ingegneri si parla solo da qualche decennio, mentre di donne che hanno esercitata l'arte medica si parla da secoli. Ancora oggi che le rappresentanti del sesso sempre gentile ma non più debole, invadono tutti i campi dell'attività maschile, esse s'inscrivono più numerose alla facoltà di medicina e contendono con accanimento al sesso opposto i non lauti guadagni che procura l'arte sanitaria.

Si possono trovare le ragioni di questa preferenza nel fatto stesso che le donne si dedicano più volentieri all'insegnamento. Esse considerano l'esercizio della medicina, al pari dell'educazione e dell'istruzione dei fanciulli e dei giovani, come una missione di amore e di beneficenza.

Eppure non mancano ragioni che potrebbero allontanare le donne dalla medicina: la scuola, il tirocinio e l'esercizio importano pratiche ripugnanti e comunque non confacenti allo stato di purezza che una volta si pretendeva dalle fanciulle. Cose queste tutte sorpassate, come è stato superato quel senso di diffidenza che sconsigliava le donne dal farsi curare da individui del proprio sesso.

Oggi la donna esercita la medicina con la stessa considerazione che si ha per gli uomini, e con lo stesso successo o... insuccesso.

Ma attraverso quante lotte e quante difficoltà esse hanno conseguito questa parità.

In ogni tempo l'aspirazione delle donne a potere curare i mali dell'umanità ha trovato contrasti e divieti.

Narra la storia, o meglio la leggenda, che la prima donna-medico per essere tale dovette farsi credere uomo.

A. Scotti (*Medicina Nuova*) ricorda al riguardo quanto scrive Igerio, liberto di Augusto e direttore della biblioteca palatina, di una certa Agnodice di Atene la quale si presentò un giorno dal celebre medico Ieroplito sotto forme di un bellissimo giovine e lo pregò di iniziarlo nell'arte sanitaria. L'allievo eccelse su tutti i condiscepoli e divenuto un medico abilissimo si dedicò sopratutto alle cure delle donne. In breve ebbe una così vasta clientela femminile, da suscitare l'invidia dei colleghi i quali finirono per denunziarlo come corruttore di donne. Dinanzi all'Areopago Agnodice rivelò il suo vero sesso. Fu così assolta dal reato di corruzione ma fu invece condannata per aver trasgredita la legge che interdiceva alle donne l'esercizio della medicina. In seguito alle petizioni degli ateniesi curate da Agnodice, questa fu liberata, anzi fu abrogata la legge, e così essa potette continuare l'esercizio della medicina.

Leggenda a parte, le prime donne di cui si ha notizia sicura che esercitassero la medicina vissero ai primi tempi dell'èra cristiana. Da iscrizioni trovate in Asia Minore risulta che « aiatrine » ossia medichesse furono Basilla di Corycos, Tecla di Seleuci, Empeira moglie di Vettinaos.

In Roma esercitarono la medicina Scantia Redempta e Antochia di Tios, che Galeno loda molto per la sua abilità nel diagnosticare e nel curare.

Sempre nei primi secoli dell'èra cristiana esercitarono la medicina donne che poi ebbero gli onori degli altari: Santa Nicerata di Bisanzio che curò la laringite di S. Giovanni Crisostomo e Santa Teodosia madre di S. Procopio.

Nella scuola di Salerno impararono la medicina Trotula de Ruggiero e Rebecca Guarna, autrici di molte opere mediche, nonchè Merculiade e Francesca Romana.

Nel secolo XIV s'incontrano a Napoli due donne abilitate ad esercitare non solo la medicina, ma anche la chirurgia: Thomasia de Matteo e Maria Incarnata.

La prima donna che conseguì regolarmente la laurea in medicina e chirurgia fu Maria Dalle Donne, che Napoleone nel 1802 assunse alla Cattedra di Ostetricia di Bologna.

In Inghilterra ed in Francia le donne medichesse non ebbero incoraggiamento dalle leggi, e perciò non se ne trovano per molti secoli.

In Germania invece già nel trecento molte donne ebree praticavano la medicina a Francoforte, e nel quattrocento visse Santa Ildegarda che fu medichessa ed autrice di varie opere scientifiche. Fu la prima ad affermare che la pazzia era una malattia e non una diavoleria ed intravide la circolazione del sangue. Nel 1754 la facoltà di Holle conferiva il diploma dottorale a Dorotea Erxleben.

Contemporaneamente in Polonia s'incontra la medichessa Salomé Rusicki, nota anche per le sue avventure.

Non meno avventurosa fu la vita di una certa Enrichetta Faber. Vedova di un ufficiale morto a Wagram, si arruolò come chirurgo militare nella grande armata. Rimasta prigioniera in Spagna vi rimase parecchi anni. Passò poi, sempre sotto vesti maschili, a Cuba, dove per avere avuta la strana idea di prender moglie si buscò 10 anni di reclusione. Scontata la pena si fece monaca.

Purtroppo oltre a queste vite avventurose, nelle quali ricorrono tendenze da virago o tendenze altamente umanitarie, la storia non registra casi di donne che abbiano veramente illustrato la scienza.

Si può giustificare il fatto con la relativa scarsezza numerica delle donne che si sono finora dedicate alla medicina, ma le analogie con altri campi dell'attività umana fanno ritenere poco attendibile questa giustificazione.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

F. CANTANI. *Sulla vaccinoterapia locale nel carbonchio umano cutaneo.* — Tip. Editrice Minerva, Torino, 1929.

N. PENDE. *Per preparare buoni medici all'Italia di domani.* — Tip. G. B. Marsano, Genova, 1929.

A. PISANI. *Dalla teoria parassitaria al metodo antisettico « Enrico Bottini ».* — Stab. Lit. Longatti, Como, 1929.

A. CANTANI. *Contributo sperimentale allo studio della reazione all'anidride acetica di Clivio sulla sierodiagnostica della lue.* — Rif. Med., Napoli, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La protesta dei Sindacati Medici Francesi contro la Legge di Assicurazione di Invalidità-Malattia.

La Confederazione dei sindacati medici francesi, in una dichiarazione indirizzata ai futuri assicurati sociali osserva che i medici non sono per nulla opposti al principio delle assicurazioni sociali, di cui approvano le intenzioni di giustizia e di solidarietà. Ma, nello stesso interesse degli assicurati, desiderano che l'organizzazione delle assicurazioni procuri le cure migliori possibili.

Ora la legge votata affrettatamente in Francia il 5 aprile 1928 non realizza tali condizioni, in quanto che essa ha il difetto di permettere, fra il malato ed il suo medico, l'interposizione di una amministrazione di cassa, che sottoporrà l'uno e l'altro alla sua autorità ed al suo regolamento.

Da ciò, tutta una serie di inconvenienti pratici, agevoli a prevedersi secondo l'esempio di altri paesi, fra cui i principali sono i seguenti:

1) gli assicurati sono sottoposti ad una vera tutela da parte delle Casse, a formalità, a cavilli, a vessazioni di ogni sorta;

2) si va creando un'esercito di funzionari (si dice 100 mila), che costeranno assai cari e che l'assicurato pagherà direttamente od indirettamente col suo lavoro;

3) si vorranno fare delle economie a detrimento delle cure. Le Casse faranno pressione sui medici per evitare delle visite troppo frequenti, discuteranno la necessità delle diverse terapie, proibiranno l'uso di medicamenti troppo costosi e, se l'assicurato non potrà essere curato a domicilio, sarà inviato all'ospedale, mancando delle case di cura per gli assicurati;

4) violazione del segreto professionale, in quanto che il medico dovrà scrivere sulla scheda il nome della malattia;

5) il medico curante, allo scopo di evitare abusi, dovrà controllare la sincerità del malato e la realtà della malattia; da ciò si verrà a creare fra medico e malato un'atmosfera di diffidenza ed anche di ostilità;

6) i migliori medici, che pensano anzitutto al loro dovere, non consentiranno mai a curare gli assicurati in queste condizioni difettose, sicchè questi saranno curati dai medici meno coscienziosi e meno competenti.

Per rimediare a questo stato di cose, i medici domandano che la legge venga modificata nel senso che vi debba essere un'*intesa diretta* fra assicurato e medico, senza interposizione di una amministrazione di cassa; l'assicurato consulta il medico di sua scelta, conviene con lui amichevolmente sulle condizioni di trattamento, ne riceve una scheda di malattia e l'ordinazione dei medicamenti. La Cassa gli rimborsa le spese, nella misura preveduta dal regolamento.

Con tale sistema, gli inconvenienti scompaiono. Non vi sono più tutela, nè coercizioni; la burocrazia è ridotta al minimo e si potrà così dedicare l'economia su questo capitolo al miglioramento delle cure.

Il medico tratta il suo malato senza alcuna restrizione, secondo le necessità della malattia e non indica il nome di questa sulle schede. Esso non deve avere incarichi di controllo da parte della Cassa, la quale, per evitare i possibili abusi fa sorvegliare i malati da parte di propri controllori.

Abbiamo riprodotto obbiettivamente la protesta dei medici francesi, la quale meriterebbe lunghi commenti e può ritenersi in parte giustificata. Per non accennare che brevemente ad alcune parti, osserviamo che certamente il cumulo della funzione fiscale con quella curativa costituisce una situazione molto delicata, che del resto si ha anche attualmente per alcuni medici, come quelli delle società di mutuo soccorso. Per quanto riguarda la violazione del segreto professionale, si può osservare che, con l'ampliarsi sempre maggiore della medicina sociale, anche il segreto professionale viene ad essere di molto ridotto e limitato ai rapporti individuali fra medico e cliente. La *vexata quaestio* delle Assicurazioni-malattia ha fatto spargere fiumi d'inchiostro e, come tutte le cose di questo mondo, ha i suoi vantaggi ed i suoi inconvenienti, a cui non è agevole porre ripari. Ma, in tutti i paesi le proteste dei medici sono state inefficaci ed essi, volenti o nolenti, sono stati trascinati ed hanno finito con l'adattarsi alla nuova situazione.

fil.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aiello del Sabato (*Avellino*). — L. 6500, oltre a L. 6 annue per ogni povero in più dei 500; 5 aum. quadrien. del decimo, ind. cavalcatura lire 3000. Scad. 15 sett. Rivolgersi Segreteria Comunale.

Castelfranco Emilia (*Modena*). — Terzo Reparto. L. 8000, 5 aum. quadrien. del decimo, cavalcatura L. 3000, ambulatorio L. 500, c.-v. Età 21-40 anni, salvo eccezioni di legge. Scad. 5 sett.

Catania. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiale Sanitario per i Comuni di Aci S. Antonio, Calatabiano, Fiumefreddo di Sicilia, Gravina di Catania, Mascalucia, Motta S. Anastasia. Per titoli ed esami. L. 5700 e 4 aumenti periodici del decimo. Elenco titoli in doppia copia. Scadenza 20 settembre. V. N. 34.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nova.* — Primario medico della Sezione cronici dell'Ospedale di Careggi. L. 5225 lorde, oltre a proventi eventuali dai malati a pagamento. Scadenza ore 17 del 12 settembre. V. N. 34.

Mantova. — Ufficiale sanitario medico capo Uff. Igiene. Titoli ed esami. Stip. L. 13.500, con 5 aum. quadrien. del decimo; indenn. carica lire 2500, c.-v. per coniugati, compensi di legge; vietato esercizio profess. Scad. 30 sett.

Matera. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami; 18 posti di ufficiale sanitario per i Comuni di Accettura, Bernalda, Genzano, Grassano, Montescaglioso, Palazzo S. Gervasio, Stigliano, Tricarico, Grottole, Miglionico, Montalbano Jonico, Novasiri, Pomarico, Rotondella, Salandra, S. Giorgio Lucano, S. Mauro Forte, Valsinni. Scadenza ore 12 del 1° novembre. V. N. 34.

Prasomaso (*Sondrio*). — Vice direttore dei Sanatori Popolari. Per titoli ed esame. Età non superiore ai 35 anni. Documenti di rito. Stipendio L. 11.200 (con 5 aumen. biennali del decimo), più indenn. di carico annue L. 3400. Vitto e alloggio *ad personam*. Domande all'Amministrazione, via De Amicis 45-A, Milano. Scadenza 15 sett. 1929.

Poggio Nativo (*Rieti*). — Condotta residenziale. Stipendio L. 10.500 annue. Ufficiale Sanit. L. 400. Per altri chiarimenti chiedere bando di concorso alla Segreteria Comunale. Scadenza 30 settembre.

Recanati (*Macerata*). — 2ª condotta medica residenziale, con circa 2096 abitanti; L. 7000 con 3 aumenti del decimo; per ogni povero in più oltre il quarto della popolazione, L. 3. Età massima 35 a., salvo per quelli già in serv. in altre Ammin. Scad. 15 sett.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni.* — Per titoli ai seguenti posti di medico di Riparto: Raiano (Ancona), S. Giovanni in Persiceto (Bologna), Borgo S. Lorenzo I (Firenze), Arona I e Villamaggiore (Milano), Amantea II e Roccella Jonica (Reggio Calabria). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati sopra fra parentesi). Scadenza ore 17 del 21 settembre 1929.

Roma. *Ministero della Guerra.* — 50 posti di tenente medico in s. p. e. nel R. Esercito.

Possono parteciparvi ufficiali, sottufficiali e militari di truppa in servizio o in congedo, nonchè medici civili che non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente in s. p. e. (per gli ex-combattenti il limite di età è elevato di 4 anni). I concorrenti dovranno far domanda in carta bollata da L. 3, *non più tardi del 9 settembre 1929*, al Ministero della Guerra (Direzione Generale Personali Ufficiali), presentandola al Comando del Distr. cui sono effettivi, se in congedo, al Com. del Reggimento od Ente da cui dipendono, se in servizio militare; nella domanda dovranno obbligarsi a non chiedere la dispensa dal servizio permanente per un periodo di anni 6.

Uniranno i seguenti documenti: diploma di laurea in med. o chir. e diploma di abilitaz. all'esercizio professionale, se la laurea fu conseguita dopo il 31 dicembre 1924.

Inoltre, i documenti di rito e i titoli di studio o scientifici che i concorrenti credessero di produrre, come risulta dal bando di concorso pubblicato nella circolare 502 del Giornale Militare c. a., della quale potranno prendere visione presso i Comandi di Reggimento e di Distretto Militare.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedale Riuniti di Roma.* — Concorsi per 30 assistenti medico-chirurghi; 5 ass. ai Gabin. patologici; 3 ass. di Gabin. radiologico; 1 ass. per la specialità oculistica; 1 ass. per l'otorinolaringoiatria. L. 4500 e c.-v.; età mass. 30 anni, salvo eccez. per mutil. e ex-combatt. Iscrizione all'Ordine dei Medici di almeno un anno anteriore all'8 agosto 1929; cert. di sana e rob. cost. Nella domanda di ammissione al concorso dichiarare il domicilio in Roma e dichiararsi esplicitamente intesi che la nomina non è fatta per un determinato Ospedale e che essa viene fatta alle condizioni tutte e con gli obblighi risultanti dal Regolamento 21 giugno 1927, numero 14130. Domande alla Segreteria generale del Pio Istituto. Scad. ore 16 del 1° ott. Norme del concorso secondo il citato Regolamento.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Municipio di Genova.

È aperto un concorso pubblico per esami e per titoli al posto di *Medico batteriologo assistente nel Laboratorio Batteriologico comunale.*

Per l'ammissione al concorso è necessario presentare alla Segreteria Municipale entro le ore 17 del 15 novembre 1929-VIII domanda in carta bollata da L. 2 corredata dei seguenti documenti debitamente legalizzati e in bollo competente:

1° Certificato di nascita, da cui risulti che il concorrente non abbia superato l'età di anni 35 alla data di chiusura del concorso. Sono esentati dal limite di età:

a) Gli aiuti e assistenti della facoltà di medicina e chirurgia presso le Università e gli Istituti di istruzione superiori;

b) Coloro che alla data del presente avviso prestino servizio presso laboratori d'igiene e di profilassi, dipendenti dallo Stato o da altri enti pubblici, in base a regolare nomina, conseguita per effetto di pubblico concorso;

c) Coloro che alla data del presente avviso di concorso prestino ininterrotto servizio, anche per effetto d'incarico provvisorio, da almeno tre anni presso laboratori d'igiene e di profilassi dipendenti dallo Stato e da altri enti pubblici;

2° Certificato di cittadinanza italiana;

3° Certificato di non aver subito condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del testo unico della legge comunale e provinciale, approvato con R. Decreto 4 febbraio 1915, n. 148, salvo che la condanna sia stata seguita da riabilitazione o da amnistia, e salvo in quest'ultimo caso l'eccezione contemplata nel n. 10 dell'articolo 107 della legge elettorale politica testo unico 2 settembre 1928, n. 1993;

4° Certificato di buona condotta morale, civile e politica;

5° Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito entro il 31 dicembre 1924, o conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909.

I diplomi anzidetti devono essere esibiti in originale od in copia notarile;

6° Certificato di aver adempiuto agli obblighi di leva;

7° Certificato di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica.

I certificati di cui ai numeri 2, 3, 4 e 7 debbono essere di data non anteriore di più di tre mesi a quella del presente avviso di concorso.

I concorrenti saranno sottoposti a visita sanitaria di controllo da eseguirsi dall'Ufficiale Sanitario del Comune di Genova.

Ogni concorrente allegherà, alla domanda, i titoli scientifici e di carriera, che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito con dichiarazione di ricevuta.

La domanda deve portare l'indicazione del preciso recapito del concorrente.

Il programma e le norme per gli esami sono quelli stabiliti dal Ministero dell'Interno con disposizioni del 9 maggio 1927.

Per la graduatoria saranno applicate le norme stabilite dalla legge 21 agosto 1921, n. 1312 per il collocamento degli invalidi di guerra, purchè le menomazioni fisiche provenienti da cause di guerra non siano di ostacolo alle mansioni di servizio e a parità di merito avranno vigore le disposizioni dell'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073 a favore degli ex-combattenti.

La nomina verrà fatta in via di esperimento per due anni dalla effettiva assunzione in servizio a termini del vigente Regolamento Generale degli Uffici e del Personale.

Il nominato dovrà assumere le funzioni entro quindici giorni dalla partecipazione della nomina, in difetto di che sarà considerato dimissionario, salvo il caso di legittimo impedimento debitamente comprovato.

L'accettazione del posto implica da parte dell'eletto l'impegno di assumere tutti gli obblighi sanciti dalle disposizioni legislative e regolamentari dello Stato, dal vigente Regolamento Generale degli Uffici e del Personale del Comune e dalle disposizioni del regolamento per i laboratori provinciali e comunali di igiene e di profilassi approvato con R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, nonchè da tutte quelle modificazioni che alle leggi e regolamenti potessero essere apportate in avvenire.

L'eletto dovrà fissare la sua effettiva residenza nel Comune di Genova. Gli è fatto divieto di attendere alla libera pratica professionale o ad occupazioni affini.

I concorrenti non eletti non potranno elevare diritti o pretese di sorta verso la civica Amministrazione.

Lo stipendio iniziale è fissato in L. 14.500 annue lorde di ritenuta per imposte dello Stato e per la pensione, con dieci aumenti biennali da L. 450 oltre l'indennità temporanea di caro viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai propri dipendenti.

Il concorrente nominato sarà iscritto alla Cassa di Previdenza per le pensioni dei Sanitari.

Genova, li 1° agosto 1929-VII.

Il Podestà: E. Broccardi.

NOTIZIE DIVERSE.

La Città Universitaria a Roma.

In occasione del 25° anniversario dell'assunzione al trono di Alfonso XIII, da parte di varie città, di Istituti, di Corporazioni della Spagna, si volle tributare un omaggio al Sovrano, il quale espresse il desiderio che la somma fosse destinata a creare una nuova Università, quanto più grandiosa fosse possibile e per la sua organizzazione e per gli edifici, per gli elementi d'insegnamento potesse competere vantaggiosamente con i centri universitari più famosi del mondo.

Il grandioso progetto sta per essere realizzato. Si tratta di una vasta « Città » che si calcola capace per 16.000 studenti. Nel recinto, che si trova a Madrid in una bella località, fra parchi superbi, vi saranno palazzi destinati a tutte le Facoltà, fra cui una Clinica con 1500 letti, nonchè la zona degli « sport », con uno Stadio per 60.000 spettatori ed una grande piscina.

Degno completamente di queste costruzioni saranno i « Collegi » per gli studenti universitari e delle Belle Arti. Oltre a quelli per gli studenti spagnuoli, ciascuno dei Governi di molte Nazioni dell'America del sud vi costruirà un edificio per i propri studenti pensionati che vi invieranno, analogamente a quanto si è fatto a Parigi e si fa a New York. In tal modo, la « Citta universitaria » costituirà anche un nuovo vincolo fra le nazioni latino-americane e la metropoli della loro stessa lingua.

Ci sia lecito confrontare quanto le grandi metropoli moderne hanno fatto per la coltura e quanto non ha fatto la capitale d'Italia.

L'idea di creare a Roma un grande centro di coltura e la denominazione stessa di « Città Universitaria » vennero lanciate da Guido Baccelli da oltre quaranta anni. Nella sua mente organica e nella visione di una nuova e grande Roma, forgiata sulle tradizioni e sull'esempio della Roma antica, nacque, insieme con l'idea geniale, il progetto concreto. Accanto al Policlinico, da lui pensato, voluto e realizzato, egli lasciò grandi aree libere adatte allo scopo e fece preparare persino il piano dell'opera grandiosa che, se eseguita, metterebbe il nostro Paese, anche in questo campo, in prima linea nel mondo civile.

Uomini piccoli dei tempi successivi non compresero nè il significato nè l'importanza della nobile e vasta impresa. I terreni sono ora altrimenti usufruiti o accaparrati alla speculazione edilizia. Il problema universitario di Roma è stato risoluto per sezioni, con adattamenti parziali e anche infelici; l'idea madre è perduta forse per sempre.

Il « Giornale d'Italia » del 21 agosto, pur senza ricordare il progetto di Baccelli, lancia l'idea generica della città universitaria. Se essa sciaguratamente non potrà forse più costituirsi come centro di studio, potrà dalle grandi iniziative del Fascismo costituirsi come centro di vita dello studente? Occorre una visione robusta del problema e una rapida azione. Se si ritarda, l'iniziativa resterà senza effetto benefico perchè i vantaggi internazionali d'una tale opera saranno già sfruttati da Parigi, da Madrid, da Liegi.

Ancora una volta all'Italia resterà l'onorifico privilegio di avere avuta la prima idea!

V. A.

Un Corso di educazione Fisica per gli Insegnanti Elementari.

È stato inaugurato a Roma il 16 agosto, con l'intervento degli on. Turati e Ricci.

Vi sono inscritti 1200 maestri appartenenti a circa 400 Comuni. Durerà un mese e si svolgerà, per la parte pratica in 11 palestre appositamente attrezzate di quanto può essere necessario per la educazione fisica dei fanciulli.

Fondato su criteri tecnico-scientifici di carattere prettamente italiano, esso ha per iscopo di diffondere il nuovo indirizzo che l'Opera Nazionale Balilla intende sia dato all'educazione fisica nelle scuole elementari, indirizzo fondato prevalentemente su esercizi eseguiti in forma di giuoco e di piccola gara e su giuochi elementari di effetto fisiologico generale.

Insieme con gli insegnamenti pratici, saranno tenute conferenze allo scopo di illustrare i principii che sono a fondamento delle nuove direttive.

Al corso sono destinati 10 insegnanti.

Seminario di Antropologia Criminale e Diritto Penale nell' Università di Torino.

Nel prossimo anno scolastico 1929-30 sarà continuato presso l'Università di Torino intorno alla Cattedra di Antropologia Criminale, che fu di Cesare Lombroso, un corso di insegnamento per lo studio biologico-giuridico della criminalità che ebbe anche negli scorsi anni tanto successo.

Vi saranno impartiti gli insegnamenti di Antropologia Criminale dal prof. Carrara; di Medicina Legale e Polizia Giudiziaria dal prof. Canuto; di Criminologia e questioni di Diritto e Procedura Penale dal prof. Florian; di Fisiologia e Processi Psichici dal prof. Herlitzka; di Psichiatria Forense, in rapporto al delitto, dal prof. Lugaro, e infine di Problemi filosofici di Diritto Penale dal prof. Solari, tutti dell'Università di Torino.

Potranno iscriversi al Seminario i laureati in legge e in medicina, in filosofia e in pedagogia, i magistrati, i funzionari di tribunali militari, delle amministrazioni della P. S. e delle Carceri; gli ufficiali dell'Arma dei Carabinieri e chiunque ne sia ritenuto idoneo dal Consiglio del Seminario.

Potranno altresì essere iscritti gli studenti del 4° anno di Giurisprudenza e del 6° anno di Medicina che abbiano superato l'esame di Medicina Legale.

Le lezioni incominceranno il 15 gennaio 1930 e continueranno per quattro mesi; e si procurerà di raccoglierle in giorni successivi in modo da rendere possibile l'intervento al Corso anche di chi abita fuori Torino.

La tassa di iscrizione è fissata in lire 250: sarà rilasciato un diploma a coloro che lo richiedano ed abbiano superata una prova di esame.

Le iscrizioni si ricevono presso la Segreteria della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Direttore del Corso ne è il prof. M. Carrara.

Il 4° Congresso dei Dermatologi e Sifilografi di lingua francese.

È stato tenuto a Parigi dal 25 al 27 luglio u. s. presso il museo dell'Hôpital St. Louis e sotto la presidenza del dott. Raimond Sabourand. Le relazioni ufficiali ebbero per titolo: 1) « Eritemi polimorfi »; relatori MM. Lortat-Jacob (Parigi) e Ramel (Losanna); 2) « Prurigo »: relatore MM. Favre (Lione) e Civatte (Parigi); 3) « Malariaterapia nelle complicazioni nervose della sifilide »: relatori MM. Chevallier (Parigi) e Dujardin (Bruxelles).

Numerosa la schiera dei medici intervenuti (oltre 300), non solo dai paesi di lingua francese ma anche dall'Italia, dalla Spagna e da quasi tutto il mondo.

All'esposizione degli interessanti temi ufficiali tennero dietro varie comunicazioni sugli argomenti e un'ampia discussione cui presero parte numerosi intervenuti.

Furono anche presentati varii casi clinici di speciale interesse scelti fra i degenti dello stesso St. Louis.

Riuscitissima l'organizzazione generale del convegno grazie sopratutto all'opera svolta dall'instancabile segretario generale dott. Clément Simon e da tutti i suoi collaboratori.

Oltremodo cordiali le varie recezioni e gli inviti, dal banchetto offerto dal Ministro del Lavoro e dell'Igiene, Mr. Loucheur, alla gita ai Vaux-de-Cernay, ospiti del Dr. Enrico di Rotschild.

Il congresso si chiuse con l'inaugurazione all'Hôpital St. Louis di un busto e la consegna di una medaglia onorifica al dr. Sabourand. Tale cerimonia diede occasione all'assemblea per tributare all'illustre scienziato una vibrante ed unanime manifestazione di riverente stima.

Il Congresso Francese di igiene.

Avrà luogo a Parigi dall'8 al 10 ottobre.

Relazioni: 1) Laboratori e igiene (Lisbonne. Rochaix e Dejust); 2) Intossicazione accidentale durante la disinfezione con acido cianidrico (Kohn-Abrest); 3) I servizi d'igiene per la sorveglianza e protezione dell'infanzia (Bussièret e Pisson).

Conferenze: 1) L'immigrazione in Francia nel passato ed ai giorni nostri; tecnica, legislazione (R. Martial); 2) I servizi marittimi e quarantenarî dell'Egitto (Dujarwe de la Rivière).

L'iscrizione è gratuita, informazioni: M. Dufaure, Institut Pasteur 28, Rue Dutot, Paris, (XV).

Le sedute si terranno nel grande anfiteatro dell'Istitut Pasteur.

Per il Libro Medico Italiano.

Ha trovato pieno consenso in tutta Italia la iniziativa che tende a favorire l'attuabilità e la valorizzazione del libro medico italiano, specialmente didattico.

In una riunione tenutasi a Milano vennero fissate le linee generali di un piano di azione comprendente i seguenti punti:

1) ottenere l'appoggio della « Società degli Autori » così da eliminare il contrasto tra Autori ed Editori;

2) studiare un « contratto tipo »;

3) promuovere l'attuazione di una « Mostra del libro medico italiano » in occasione delle Fiere Campionarie o della « Giornata del Libro », ecc.;

4) studiare ogni altro mezzo che possa riuscire utile ed opportuno alla valorizzazione del libro italiano, escludendo ogni antagonismo alle

iniziative le quali, comunque impostate, possono tuttavia riuscire utili alla affermazione della produzione scientifica italiana.

Su proposta del prof. Devoto, venne nominata una Commissione, che si interessi dell'attuazione del programma tracciato; tale Commissione risultò composta come segue: sen. prof. Gabbi, presidente; proff. Foà, Franco, Preti, dott. Oliaro, componenti.

Il sen. Gabbi, essendosi immediatamente interessato della attuazione del suaccennato programma, ha già ottenuto dall'on. R. Forges-Davanzati il pieno consenso a che si possono inscrivere alla « Società degli Autori » tutti coloro che, nella possibilità di fare un libro medico, manuale, ecc., vogliono avere una guida e garanzia nei rapporti cogli Editori; dei quali parimenti saranno fissati e tutelati i diritti nei rapporti con gli Autori.

La rigorosa applicazione della legge contro l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

In esecuzione delle disposizioni date dal Ministero dell'Interno per la rigorosa applicazione delle nuove leggi repressive dell'abusivo esercizio delle professioni sanitarie nel secondo trimestre del corrente anno sono stati denunziati all'autorità giudiziaria n. 631 esercenti abusivi delle professioni suddette, dei quali:

Per esercizio abusivo della medicina e chirurgia 76; per esercizio abusivo della odontoiatria 73; per esercizio abusivo della veterinaria 45; per esercizio abusivo della farmacia 301; per esercizio abusivo della ostetricia minore 136.

Inoltre sono stati chiusi per constatato abusivismo professione: Gabinetti medico-dentisti 16; drogherie e farmacie 6.

La diminuzione delle nascite.

È segnalata in tutti i paesi civili e specialmente in Germania una forte diminuzione di nascite che si è accentuata in questi ultimi due anni. È stato messo in rilievo che soltanto una proporzione di nascite del 20 per mille potrebbe mantenere la popolazione tedesca allo stesso livello; occorre cioè che, per ogni famiglia vi siano 3-4 nascite.

Tutti i popoli civili osservano con grande preoccupazione l'odierno regresso che per molti Stati ha toccato il 20 per mille; tali popoli sarebbero da considerarsi come moribondi. La cifra più bassa, nel 1927, è stata registrata in Inghilterra, con il 16,7; in Francia, vi è stato il 18,1. La Germania che nel 1876 aveva il 40,9, nel 1913 il 26,9, ha toccato nel 1925 il 20,7, nel 1926 il 19,5 e nel 1927 il 18,3, cioè ad un dipresso lo stesso livello della Francia. In nessun paese come in Germania, il regresso delle nascite è stato così forte e rapido.

Le cause di questo fenomeno sono molte e varie: la guerra che ha distrutto molte famiglie ed ha aumentato le difficoltà dell'esistenza, la diminuzione dei matrimoni, gli aumenti dei prezzi, l'educazione dei figli che si è resa difficile e costosa, i divorzi frequenti, i matrimoni in età avanzata, ecc.

Per tutto questo, in Germania si suona all'allarme, invitando a considerare molto seriamente la questione.

È da rilevarsi che una notevole diminuzione di nascite si viene osservando anche in Affrica.

Pubblicazione della Nuova Farmacopea Ufficiale del Regno (V edizione).

È stata pubblicata la Farmacopea Ufficiale del Regno (V edizione) approvata con decreto 16 dicembre 1928-VII di S. E. il Capo del Governo.

Detta Farmacopea entrerà in vigore col 1° novembre del corrente anno.

Il nuovo Codice Farmaceutico, compilato da insigni personalità particolarmente versate nel campo della biologia, della medicina, della chimica e della farmacologia, differisce notevolmente da quello finora vigente e che rimonta al 1920, avendo subito una diligente ed accurata rielaborazione ed essendo stato messo al corrente con i progressi della scienza e dell'arte farmaceutica.

Il volume, edito a cura dell'Istituto Poligrafico, è in vendita al prezzo di L. 100 presso la Libreria dello Stato e presso le librerie indicate nella testata della *Gazzetta Ufficiale.*

Le richieste fatte direttamente alla Libreria dello Stato devono essere accompagnate dall'invio della somma anzidetta, eseguito mediante versamento nel conto corrente N. 1-2640 dell'Istituto Poligrafico dello Stato.

Le Borse di Studio agli orfani dei Medici morti in guerra.

Alla riunione del Comitato per l'assistenza degli Orfani dei medici morti in guerra, dopo un elevato discorso del Presidente, tenente generale Della Valle e dopo la relazione morale e finanziaria del Segr. generale dott. Federigo Bocchetti, fu deliberata la concessione della Borsa di studio per l'anno 1929 a 65 orfani.

Nell'anno scorso furono spese ottantamila lire, ed occorre che le fonti non si inaridiscano perchè l'assistenza completa per gli studii di tanti orfani si protrarrà necessariamente fino al 1942, in quell'epoca soltanto sarà esaurito il nobile compito che onora tutta la classe medica d'Italia.

Per offerte o informazioni rivolgersi al dott. F. Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

La Riforma dell'istruzione post-elementare e le Scuole secondarie di avviamento al lavoro.

Con la legge 7 gennaio 1929-VII, n. 8, è stata disposta la riforma dell'istruzione post-elementare, e la istituzione delle scuole secondarie di avviamento al lavoro. Tale riforma si delinea oggi nettamente, attraverso le disposizioni della legge stessa, con un nucleo armonico di scuole dove i giovani troveranno dopo le classi elementari con il completamento della loro cultura, l'orientamento e l'avviamento verso una professione, un'arte o un mestiere. Per questi motivi la riforma inizia la sua più sollecita realizzazione.

Infatti non appena la legge fu emanata, ed anzi prima ancora della sua emanazione, un gran numero di Comuni, in ogni parte d'Italia, provvide alla trasformazione di corsi integrativi e di qualche scuola complementare, in scuole secondarie di avviamento al lavoro, fornendole di mezzi finanziari, di insegnamenti, di fabbricati, di suppellettili ed arredamenti e perfino del campo sperimentale per le esercitazioni agrarie, assicurando in tal modo alle scuole medie l'inizio della loro nuova vita.

Presentemente sono già in funzione centoventuna di tali nuove scuole, le direttive della legge testè emanata e i programmi da essa approvati.
A Roma i corsi integrativi del Governatorato, che contano circa 6.000 alunni, già sono per buona parte trasformati, e così pure a Milano.

Penalità per rifiuto di allattare il proprio bambino.

Una legge votata dalla Repubblica dell'Equatore ed andata in vigore nel 1927, comimna la prigione od una multa per le madri che si rifiutano di allattare i propri bambini, salvo il caso di speciale prescrizione medica.
Penalità analoghe sono stabilite per le madri che dànno i loro bambini a balia a donne prive del necessario certificato di idoneità, per quelle che trascurano di procurare le cure necessarie al bambino malato, specie se ne deriva la morte, per quelle che lasciano i loro figliuoli chiusi in casa soli, ecc.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

Pubblicazioni a disposizione dei nostri signori abbonati:

Dott. VINCENZO MONTESANO

Manuale di malattie cutanee

ad uso dei medici pratici e degli studenti.

Opera in due volumi di complessive pagine XXVIII-780, con 76 figure nel testo.

INDICE SOMMARIO DELL'OPERA:

Parte generale: Anatomia e Fisiologia della cute - Patologia generale, Semeiologia Terapia generale - Classificazione delle malattie cutanee.

Parte speciale: Disturbi di circolazione e malattie dei vasi - Dermatiti - Dermatosi che sogliono presentarsi nel corso di malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici - Pemfigo e Pemfigoidi - Sclerodermia e stati sclerodermici - Atrofie - Nevrodermie - Cheratosi - Affezione degli annessi e delle appendici cutanee - Anomalie della pigmentazione - Tumori - Malattie infettive specifiche e parassitarie - Pitiriasi rosea - Boriasi - Lichen ruber.

Appendice: Dermatosi dei lavoratori - Dermatosi simulate.

Vol. I di pagg. XVI-348 con 32 figure. Prezzo L. **50.** Per i nostri abbonati sole L. **45,25.**
Vol. II di pagg. XII-432 con 44 figure. Prezzo L. **60.** Per i nostri abbonati sole L. **54,75.**

Dott. FURIO TRAVAGLI
già a. v. del reparto Dermosifilopatico degli Ospedali Civili di Genova

La bismutoterapia della Sifilide.

Un volume in-8°, di pagg. IV-72 (N. 11 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del « Policlinico »), nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10,75.**

Dott. F. TRAVAGLI
degli Ospedali Civili di Genova

La moderna lotta contro le malattie sessuali

(con 15 figure intercalate nel testo)
prefazione del prof. A. Morselli.

Un volume in-8, di pagg. VIII-112, nitidamente stampato. — Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8.75.

Prof. LORENZO MORINI
Libero docente nella R. Università di Modena.

La blenorragia e le sue dannose conseguenze per l'individuo, la famiglia e la società :::

(Lavoro premiato al concorso per il premio Locatelli bandito dall'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani per il 1924).

Elegantissima brochure, in-16°, di pag. 35, in nitidissimi tipi elzevir, su ottima carta.
Prezzo: L. 5,50 in porto franco.

Dott. GIUSEPPE GIORDANO
Medico negli Ospedali Riuniti di Roma.

La sifilide del midollo spinale.

Un volume in-8° di pagine 229. Prezzo L. **25** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **22,75** in porto franco.

Prof. Dott. ARISTIDE RANELLETTI
Libero docente di Patologia del Lavoro nella R. Università di Roma

Le Malattie da Lavoro

I. Patologia e Clinica - II. Assicurazione.

L'importanza della pubblicazione si desume dal fatto stesso che essa ha vinto il primo premio di L. 8000 nel Concorso nazionale del Ministero dell'Economia Nazionale per studi inerenti alle assicurazioni sociali, sul tema: « MALATTIE DA LAVORO ».

Un volume in-8, di pag. 317, con 74 figure, nitidamente stampato. — Prezzo L. **52.** Per i nostri abbonati sole L. **49,80** in porto franco.

Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze - Medico principale nelle Ferrovie di Stato.

La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge

(AD USO DEI MEDICI PRATICI)
Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata.

Un volume di pagine XXIV-1004, nitidamente stampato su carta distinta ed artisticamente rilegato in piena tela, con inscrizioni sul piano e sul dorso.

Prezzo L. **80,** più L. **3** per le spese postali di spedizione. Agli abbonati è concesso pagare tale importo in due rate di L. **41.50** ciascuna, la prima subito e la seconda alla distanza di tre mesi. Al ricevimento della prima rata di L **41.50** si spedisce subito il volume in pacco postale.

Coloro che desiderano ottenere il volume per sole L. **75** e risparmiare anche la spesa del pacco postale debbono inviare Vaglia Postale o Bancario da L. **75** all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Doc. di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La diagnosi medico-legale della "Nevrosi dei traumatizzati"

(Il rilievo e il significato dei sintomi)

Prefazione del Prof. CESARE BIONDI
Direttore del R. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Siena

Un volume in-8°, di pagine VIII-94 (N. 8 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del « Policlinico »), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10,90** in porto franco.

dello stesso prof. Ciampolini

La perizia nella pratica infortunistica

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)

Prefazione del Prof. CARLO FERRAI
Direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa

Un volume in-8°, di pagg. VIII-79 (N. 9 delle Monografie Medico-Chirurgiche di attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L. **8,75** franco di porto.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

ANNO XXXVI Roma, 9 Settembre 1929 Num. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

La cura dell'idrartro traumatico semplice del ginocchio.

Dott. FERDINANDO CAPACCINI (Forcoli).

Una giusta reazione ha completamente modificato la cura delle lesioni delle grandi articolazioni, sostituendo all'immobilità assoluta, la mobilizzazione attiva immediata. Mentre per il passato era un dogma intangibile contenere in apparecchi una articolazione ferita o comunque operata, oggi invece si tende a fare subito muovere le articolazioni lese anche gravemente o sottoposte a serie operazioni chirurgiche. Così — forse esagerando — si arrivano a curare anche le artriti purulente o le gravi ferite articolari con piccole o grandi lesioni ossee.

Si sa che la vecchia concezione terapeutica riguardo al versamento traumatico del ginocchio, era indirizzata alla immobilizzazione assoluta, sebbene con risultati poco soddisfacenti. E ogni medico conosceva quali inconvenienti seguivano ad una simile cura. Basta infatti immobilizzare per qualche tempo un ginocchio sano, per vedere comparire in breve una marcata atrofia muscolare del quadricipite femorale ed un certo grado d'irrigidimento; questi fatti sono ancora più evidenti se l'articolazione è traumatizzata. Allora i disturbi di trofismo si estendono pure alla pelle, alle ossa e ai legamenti articolari. È anche generica cognizione che tali alterazioni tanto facili a prodursi, sono difficili a scomparire, malgrado le cure più assidue ed i trattamenti fisioterapici più attivi.

Considerando il problema anche dal punto di vista infortunistico, perchè tali lesioni articolari seguono spesso per infortunii sul lavoro, si vede a quali miseri risultati porti questa concezione terapeutica, sia per il lavoratore, che per la società assicuratrice. Così, ad esempio, per una semplice contusione del ginocchio con idrartro, un operaio doveva astenersi completamente dal lavoro per settimane; ed al momento di riprenderlo non era

in grado di espletare tutta la sua capacità lavorativa, per una insufficiente funzionalità organica dell'arto colpito.

Malgrado queste considerazioni medico-sociali, si è continuato per molto tempo ad immobilizzare le articolazioni lese, più che altro per una consuetudine, che era divenuta legge. Ma a poco a poco si è avuta una completa reazione a questo metodo ormai classico. tanto che oggi secondo alcune scuole, si fanno muovere attivamente e precocemente perfino gli artrotomizzati. Si badi però che la mobilizzazione deve essere attiva, praticata cioè dal ferito stesso, con i propri muscoli che attivano l'articolazione lesa, e fatta al più presto possibile.

Venendo ora a parlare più intimamente della cura dell'idrartro traumatico del ginocchio, dirò che siamo passati bruscamente dall'uno all'altro metodo. L'immobilizzazione prolungata per vario tempo e seguita dalle cure di massaggio, meccanoterapia, bagni, elettricità ecc., ha ceduto il posto alla puntura evacuatrice e alla mobilizzazione attiva immediata. Questo è oggi il trattamento abituale dell'idrartro traumatico del ginocchio, praticato nei reparti chirurgici e con risultati finali soddisfacenti. Ma nella pratica privata di condotta e di campagna non è sempre facile adottare questo criterio terapeutico. Sono di ostacolo, non la tecnica, poichè ogni medico sa pungere un'articolazione o almeno quella del ginocchio, ma vieti pregiudizi dei parenti, spesso l'età dei pazienti e l'asepsi, che per lo più è più apparente che reale, per difficoltà di ambiente e di luogo. Per tali considerazioni pratiche ho cercato di sostituire a questo metodo, un altro più facile e più accessibile a tutti ed in qualsiasi località. Ho tentato cioè di ottenere lo stesso risultato con *una immobilizzazione parziale del ginocchio in posizione di semiflessione, mediante fasciatura amidogessata e facendo subito camminare il paziente.* Il meccanismo di guarigione sarebbe avvenuto per un fenomeno fisico di assorbimento, attraverso una sierosa (la sinoviale), che non è flogosata ma solamente irritata. Il tentativo ha risposto pienamente all'aspettativa.

I pochi casi capitatimi, e trattati con questo metodo, hanno avuto risultato brillante. Erano tutti idrartri traumatici voluminosi, datanti da pochi giorni e che guarirono *perfettamente* dagli 8 ai 15 giorni. Infatti si è mantenuta integra e completa la capacità funzionale dell'arto, senza il minimo grado di ipotrofia muscolare, senza alcuno accenno a rigidità, e senza dolentia articolare. La guarigione poi è stata perfetta anatomicamente, perchè ormai sono trascorsi dei mesi, senza che alcuna complicazione o recidiva si sia verificata. Un'altro vantaggio del metodo — oltre l'estrema praticità — è che l'individuo può quasi sempre attendere alle sue occupazioni abituali, almeno in parte, purchè non si richieda la completa libertà di movimento dell'arto ammalato.

Espongo i casi.

CASO I. — M. E., di anni 6, di Capannoli (Pisa). Nulla di notevole nell'anamnesi personale o familiare. Mentre stava giocando con altri compagni, cadde malamente al suolo, battendo col ginocchio sinistro su una pietra. La sera il ginocchio si fece dolentissimo e si tumefece. La tumefazione si accentuò tanto da impedire il cammino.

All'e. o. trovo: il ginocchio totalmente tumefatto, dolente alla palpazione e al più leggero movimento, con scomparsa delle fossette pre- e pararotulee, con ballottamento evidente della rotula. La circonferenza del ginocchio, presa a livello del margine inferiore della rotula, è di 2 1/2 cm. maggiore di quella dell'altro corrispondente. Risulta evidente la diagnosi di idrartro traumatico del ginocchio. Pratico una fasciatura gessata-anoidata, in posizione di semiflessione — e mi raccomando ai genitori che appena asciutta facciano camminare il bambino. Dopo 8 giorni tolgo la fasciatura e constato la completa guarigione e cioè scomparsa assoluta del versamento, del dolore e della tumefazione. Il bambino cammina benissimo. Non c'è ipotrofia muscolare.

CASO II. — O. A., di a. 48, di Forcoli. Nulla nell'anamnesi personale o familiare. Soggetto obeso ed uricemico. Per caduta da un barroccino, battè violentemente il ginocchio sinistro. Sebbene praticata per due o tre giorni l'applicazione locale di impacchi di acqua vegeto-minerale e della borsa di ghiaccio, compare versamento articolare. Ballottamento della rotula e dolore violento, con impossibilità assoluta della deambulazione. Fatta diagnosi di idrartro traumatico del ginocchio praticò una fasciatura gessata-amidata, in posizione di semiflessione. Faccio camminare il paziente, sebbene accusi molto dolore. Dopo 15 giorni tolgo l'apparecchio. Il ginocchio è detumefatto quasi completamente, scomparsa la dolorabilità, assenza di ipotrofia muscolare. L'a. riprende subito il suo abituale lavoro.

CASO III. — V. M., di anni 12, di Treggiaia. Niente di notevole nel gentilizio e nell'a. personale. Giocando con i compagni cadde sul ginocchio destro. I genitori gli fecero degli impacchi di acqua salata per circa 10 giorni, ma vedendo che l'articolazione si tumefaceva sempre di più lo portarono al mio ambulatorio. All'e. o. si nota: articolazione tumefatta e in toto, ballottamento della rotula. Dolore spontaneo al mov. e provocato. Diagnosi: idrartro traumatico del ginocchio destro. Racchiudo l'articolazione in un leggero apparecchio gessato-amidato, col ginocchio in semiflessione e faccio camminare il paziente. Dopo 15 giorni tolgo l'apparecchio. L'articolazione è pressochè normale, e la deambulazione si fa regolarmente. Assenza di dolorabilità e di ipotrofia muscolare.

Caso IV. — B. V., di a. 16, di Forcoli. Nulla nell'anamnesi personale o familiare. Nel condurre un cavallo fu colpito da un calcio nel ginocchio destro. Comparve dolore, tumefazione ed impotenza funzionale quasi completa. E. O., si nota che il ginocchio è tumefatto, dolente alla palpazione ed ai movimenti passivi; ballottamento della rotula; posizione del ginocchio in semiflessione. Pratico un apparecchio gessato-amidato, con le modalità già descritte e raccomando al paziente di camminare più che è possibile appena l'apparecchio sia consolidato. Dopo 10 giorni tolgo il gesso. L'articolazione è quasi normale, la deambulazione è pressochè perfetta e completamente indolore. Con qualche bagno caldo di acqua con sale di Castrocaro e qualche massaggio si ripristinano le condizioni precedenti all'infortunio.

Caso V. — G. G., di a. 36, di Treggiaia. Niente da segnalare nell'anamnesi personale o familiare. Mentre lavorava cadde a terra battendo il ginocchio destro sopra una pietra. Continuò il lavoro, ma di poi per il dolore dovette mettersi a riposo. Il ginocchio si tumefece. Si provoca evidente il ballottamento della rotula. Diagnosticato un idrartro traumatico, pratico un apparecchio gessato-amidato in posizione di semiflessione. Quindi consiglio all'a. di camminare più che sia possibile. Dopo 12 giorni tolgo l'apparecchio. Il ginocchio è ancora un po' tumefatto: ma è scomparso del tutto il dolore e il ballottamento rotuleo. Faccio praticare qualche bagno caldo con leggero massaggio e il ginocchio torna normale in breve tempo.

Caso VI. — V. O., di a. 17, di Forcoli. Nessuna notizia anamnestica importante. L'a. è caduto di bicicletta, producendosi una distorsione del ginocchio destro. Si ha forte dolore, tumefazione notevole del ginocchio (5 cm. di differenza da quello sano) e idrartro accentuato.

Per tre giorni tengo il ginocchio immobile con borsa di ghiaccio a permanenza. Appena la tumefazione si è stabilizzata, sebbene il dolore sia ancora accentuato, pratico un apparecchio gessato-amidato, con le solite modalità. Scompare intanto il dolore e — appena consolidato l'app. — il paziente, dietro mio invito, comincia a camminare. Dopo 14 giorni tolgo l'apparecchio. Faccio praticare qualche bagno e massaggi.

L'a al 20° giorno può riprendere il lavoro (operaio), mentre il ginocchio è pressochè normale.

Caso VII. — S. F., di a. 58, di Forcoli. Nulla d'importante nell'anamnesi personale o familiare. L'a. è caduto e si è prodotto una distorsione del ginocchio destro. Dopo due giorni dalla caduta fui chiamato perchè l'a. avvertiva ancora forte dolore e il ginocchio si tumefaceva. Infatti si era formato un notevole idrartro. Faccio applicare una vescica di ghiaccio per due o tre giorni e quindi pratico un apparecchio gessato-amidato in posizione di semiflessione. Dopo 14 giorni tolgo l'apparecchio. L'a. in questo tempo si era sforzato di camminare il più possibile. L'articolazione era tornata pressochè normale. La funzionalità era pure bene mantenuta. Consiglio qualche bagno caldo e del massaggio, ottenendo così il completo ripristino delle condizioni antecedenti all'infortunio.

Non traggo nessuna conclusione perchè il numero dei casi, un po' esiguo, non me lo consente. È però sintomatico che l'esito sia stato ottimo in tutti, ottenendo senza eccezione una perfetta, completa e duratura guarigione. Credo che questo metodo curativo, possa essere utile specialmente al medico pratico di condotta, che spesso si trova in condizioni di non potere praticare cure più complesse in simili casi, pure assai frequenti.

CONCLUSIONI.

Nella cura dell'idrartro traumatico semplice del ginocchio l'A. ha ottenuto ottimi risultati coll'immobilizzazione parziale del ginocchio, in posizione a semiflessione, mediante apparecchio gessato-amidato, facendo camminare subito il paziente.

Febbraio, 1929-VII.

Frattura inveterata bimalleolare bassa con frattura del terzo malleolo e sublussazione posteriore del piede curata cruentemente.

Dott. L. Urbani, chirurgo aiuto - Osp. Riuniti.

Nel trattamento delle varie fratture la cura di quelle malleolari occupa un importantissimo posto. Sono fratture abbastanza frequenti e la loro perfetta o quasi perfetta riduzione anatomica è il solo fattore di buon risultato funzionale.

Poichè si tratta di fratture articolari nella loro prognosi lontana bisogna considerare anche la possibile insorgenza di artriti traumatiche che valgono ad oscurare non poco la prognosi.

Gli spostamenti che si devono per lo più correggere sono il valgismo del piede, la sua sublussazione posteriore, la diastasi tibio-peronea e alcune volte un certo grado di equinismo.

Questi spostamenti spesso sono facilmente riducibili con vari accorgimenti di tecnica e sono contenibili con un apparecchio gessato bene eseguito, ma alcune volte la loro correzione è impossibile e allora è necessaria la cura cruenta che è precoce o tardiva a seconda del tempo in cui fu istituita.

All'articolazione tibio-tarsica è devoluta la funzione dell'equilibrio della gamba sul piede: fra il piano tibiale inferiore e il piede, l'astragalo, analogamente al sistema scafo-lunare al polso, trasmette e distribuisce il peso di tutto il corpo sul piede.

Nella andatura normale plantigrada l'astragalo

trasmette la pressione posteriormente sul talamo calcaneare e anteriormente sulla grande e sulla piccola apofisi, nella andatura digitigrada invece le linee di forza passano per la testa dell'astragalo e per lo scafoide.

Agli effetti della statica nella pinza bimalleolare bisogna considerare il piano tibiale inferiore che Destot chiama sistema di sostegno ed i malleoli che lo stesso autore chiama sistema di direzione.

Sigaux ha dimostrato che l'equilibrio plantare dipende dall'appoggio normale della gamba sul piede; questo equilibrio è duplice: il laterale dominato dal sistema di direzione, l'antero-posteriore dovuto all'integrità del sistema di sostegno.

Perchè l'equilibrio laterale si mantenga è necessario che il centro di pressione sull'astragalo sia esterno e posteriore in rapporto al centro di figura altrimenti, se il punto d'appoggio si trova riportato in dentro, il peso si esercita sull'arco interno della volta plantare che tende ad inflettersi.

Alla mancata correzione di questo equilibrio laterale si deve il piede piatto valgo per éversement come dice Destot. Si tratta di deformità molto grave ed è causa di deambulazione difficile e dolorosa; solo in alcuni casi le così dette esostosi di compenso valgono a rendere più facile la funzione.

L'equilibrio antero-posteriore è dovuto all'appoggio della tibia piuttosto posteriormente sull'astragalo; questo è mantenuto in posto dalla obliquità del talamo e dalla esistenza sul piano tibiale d'un margine posteriore sollevato.

Destot ha rischiarato la funzione del margine posteriore tibiale elevandolo alla dignità d'un terzo malleolo; è questo che impedisce (vero dente d'arresto) la lussazione posteriore del piede nell'andatura digitigrada e nel salto.

Mi è sembrato necessario di premettere queste brevi nozioni di fisiopatologia dell'articolazione tibio-tarsica prima di parlare di una frattura bimalleolare bassa complicata a frattura del III malleolo con spostamento laterale e sublussazione in dietro del piede.

Nelle fratture a tre frammenti è fratturato il sistema di direzione e il sistema di sostegno: esse possono decorrere senza spostamenti ma più spesso si presentano a noi con piede in valgismo e in sublussasione posteriore.

Se il malleolo esterno è fratturato un poco al disopra dell'articolazione tibio-peronea la deformità è anche accompagnata da una « enconche » tipica e conosciuta dopo le classiche descrizioni di Dupuytren.

Se queste fratture sono curate precocemente nelle prime ore, non è difficile di curarle incruentemente.

È mia convinzione che le fratture devono essere per lo più curate incruentemente e precocemente come l'ernia strozzata e come l'appendicite: occorre in tema di fratture essere più ortopedici e meno chirurgi, giovarsi di apparecchi ben fatti e ben modellati ed eseguire numerose radiografie di controllo in modo da realizzare quello che Dalla Vedova chiama con felice parola radiobiopsia.

Con i mezzi che attualmente possediamo all'indirizzo clinico d'un tempo abbiamo sostituito l'indirizzo più scientifico anatomo-patologico realizzato incruentemente dalla radiografia che unita alla esperienza del chirurgo vale a renderci tranquilli sulla sorte futura del fratturato.

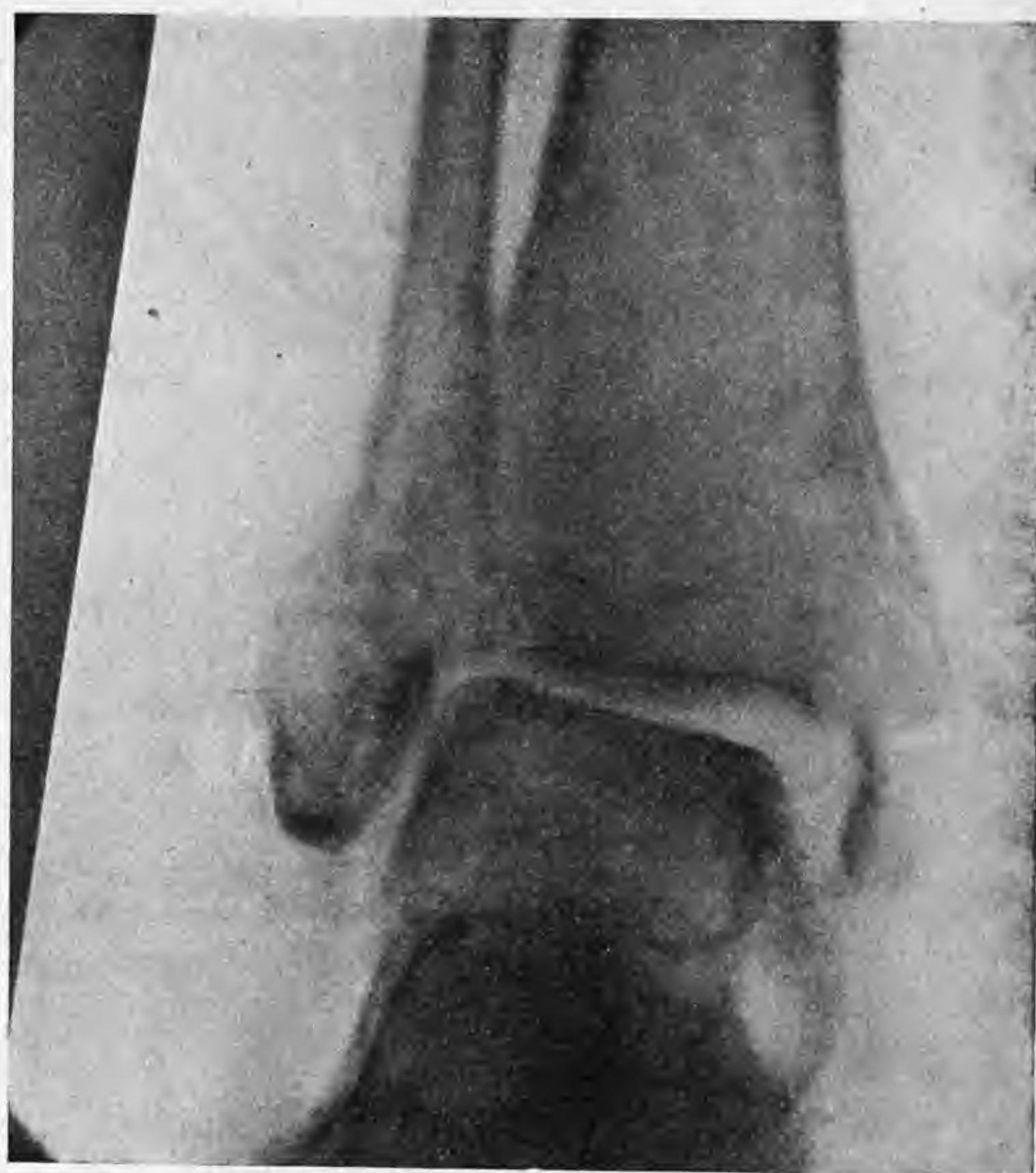
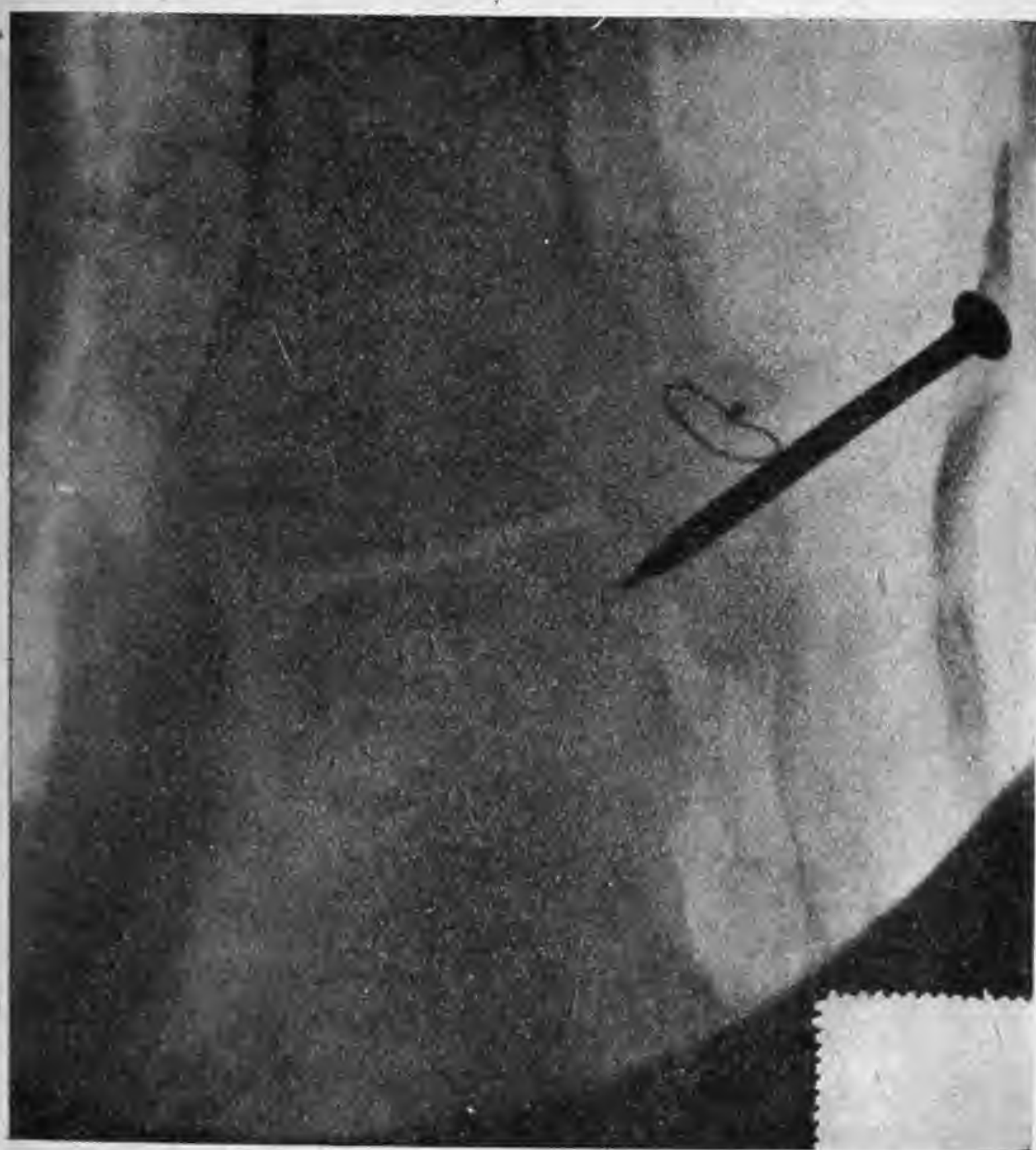
Fra le numerose e varie fratture del collo del piede quelle associate a frattura del piano tibiale offrono uno speciale carattere di gravità sia perchè più facilmente esistono spostamenti, sia perchè la riduzione oltre che più difficile ha una stabilità più scarsa ed è facile che la deformità si riproduca anche nell'apparecchio.

La prognosi lontana è anche aggravata dai possibili dislivelli nel piano tibiale di appoggio e sono queste irregolarità causa di disturbo nella meccanica articolare e di deambulazione dolorosa.

La frattura del margine posteriore del piano tibiale — così detta frattura di Destot — corrisponde alla frattura di Rhea-Barton della glena radiale: isolata questa frattura decorre senza spostamento e solo si manifesta con gonfiore del collo del piede, ecchimosi posteriore e dolore alla pressione nella doccia retromalleolare interna e lieve grado di equinismo dovuto ad una contrattura riflessa dei gemelli e del solco.

Ma più spesso è associata sia alla frattura di un solo malleolo, sia ad una frattura bimalleolare in modo da realizzare una frattura a tre frammenti dei diversi tipi: bimalleolare bassa (così detta bigeniena di Quénu), Dupuytren bassa (geni-soprageniena di Quénu), Dupuytren tipica, Maisonneuve (frattura geni-peronea alta).

Il frammento cuneiforme posteriore ha dimensioni varie e rimonta più o meno in alto dietro il bulbo tibiale.

La sua dimensione più o meno grande non è causa di spostamento; questo è tanto più facile quanto la frattura malleolare è più bassa perchè allora il piede solidale con i due malleoli può spostarsi all'indietro. Se la frattura bimalleolare interessa il perone al disopra delle sue connessioni tibiali, il malleolo esterno solidale da una parte con la incisura fibularis tibiale per mezzo dei legamenti della articolazione tibio-fibulare distale e dall'altra con l'astragalo per mezzo del legamento triquetrum impedisce lo spostamento.

Il caso che ho dovuto curare cruentemente è caduto sotto la mia osservazione un mese circa dopo il trauma ed era stato trattato con apparecchio gessato.

Si trattava di un uomo di 66 anni, C. S. da Affile: il 17 gennaio era caduto scivolando sopra un marciapiede, avvertì subito forte dolore al collo del piede destro e non potè più rialzarsi. Il 20 febbraio lo vedo per la prima volta.

Tolto l'apparecchio si constata che il piede è deviato leggermente all'esterno, l'avampiede destro è più corto dell'avampiede sinistro, il tallone posteriormente sporge molto di più di quello sano, la concavità posteriore del tendine di Achille è più manifesta, il piede è in equinismo accentuato e se si mettono i piedi in posizione simmetrica a luce radente si nota che il margine anteriore della tibia sporge di più della tibia dell'arto sano.

Anteriormente sul collo del piede si nota una salienza brusca rappresentata dal margine antero-inferiore del piano tibiale; su questo rilievo sporgono i tendini estensori e il dito può penetrare sotto il margine in una depressione profonda rappresentata dal piano tibiale disabitato.

Col compasso di spessore si nota che il diametro antero-posteriore del collo del piede è aumentato. La doccia retro-malleolare interna è scomparsa e la pressione digitale vi risveglia forte dolore (figg. 1 e 2).

La radiografia praticata nelle due proiezioni dimostra una frattura bimalleolare bassa con spostamento all'infuori del malleolo peroneo mentre non esiste diastasi fra la tibia e la diafisi peronea perchè lo spazio chiaro fra il tubercolo posteriore della tibia e il margine interno del perone non è aumentato (Chaput).

La radiografia laterale dimostra frattura cuneiforme del margine posteriore della tibia con spostamento in alto del frammento che è piccolo: il margine fratturato poggia sul versante anteriore della troclea astragalica.

Lo spostamento si giudica gravissimo agli effetti della statica articolare e agli effetti della deambulazione che si ritiene quasi impossibile con la deformità descritta.

Un tentativo incruento di riduzione fallisce e allora decido d'intervenire con l'autorizzazione del mio illustre primario di allora prof. T. Ferretti.

Operazione. — Rachianestesia novocainica positiva. Fascia ischemica.

Taglio di Albanese-Kocher-Lauenstein ampio.

Si prepara il perone e la tibia anteriormente e il collo dell'astragalo sollevando il muscolo pedidio. Il malleolo peroneo presenta con la diafisi peronea solo connessioni fibrose; si cruentano perciò i frammenti e si riunisce il malleolo alla diafisi peronea con un punto in fil d'argento molto serrato in modo da assicurare una buona stabilità. La riposizione dell'astragalo nel mortaio tibio-peroneo è possibile ma non esiste alcuna stabilità e la deformità si riproduce appena abbandonato il piede. Temendo perciò che la deformità si riproduca nell'eseguire l'apparecchio, ridotto il piede, s'infigge un chiodo nell'astragalo attraverso il malleolo peroneo suturato. La testa del chiodo sporge in fuori dalla sutura cutanea che si esegue in catgut. Apparecchio gessato ben modellato. La radiografia eseguita il giorno seguente dimostra una buona riduzione anatomica (figg. 3 e 4).

Al 25° giorno si toglie l'apparecchio e il chiodo che vien fuori facilmente e si esegue una doccia gessata posteriore a pelle perfettamente modellata. S'inizia subito balneoterapia caldissima. Movimenti flesso-estensori attivi e passivi e lunghe sedute di massaggio. Al 40° giorno s'inizia la ginnastica del gravamento progressivo sul piede malato per mezzo di un piano di legno posto ai piedi del letto e al 60° giorno la deambulazione si compie quasi normalmente con soletta da piede piatto nella scarpa.

Il trattamento cruento delle fratture del collo del piede che come ho detto deve essere un trattamento di eccezione riservato alle fratture irreducibili o a quelle inveterate non è regolato nei suoi particolari tecnici e i vari autori sono intervenuti per varie vie (tagli laterali, taglio posteriore).

La via posteriore è stata battuta da Alglave che ha praticato la resezione temporanea della tuberosità del calcagno e da altri che sono intervenuti per via transachillea: l'intervento è abbastanza lesivo e sembra indicato nelle fratture voluminose del margine posteriore della tibia.

Nel 1923 più giustamente Duval e Basset si mostrano eclettici e fanno interventi secondo i casi rivolti sul malleolo esterno, sull'interno o su ambedue.

Nel 1919 Iuvara interviene sul malleolo interno che inchioda nei casi facili per via transcutanea o dopo averlo messo allo scoperto nei casi che sembrano di più difficile riduzione.

Nel 1922-23 Picot crede opportuno l'intervento sul frammento posteriore la cui riduzione è secondo lui causa della contenzione e riduzione dei due malleoli; contrariamente a lui Lussana pratica l'avvitamento uni o bimalleolare.

Nel 1925 Petit in una bimalleolare con terzo frammento, seziona il tendine d'Achille e il suo malato guarisce.

Delitala nella divisione ortopedica dell'ospedale civile di Venezia ricorre volentieri alla osteosintesi del malleolo interno alla Leclerc.

A me sembra che il taglio di Albanese Kocker ampio con la parte verticale posta nella doccia retromalleolare dia uno spazio enorme.

Preparando e lussando dalle loro due docce osteofibrose i tendini peronei oppure praticandone la sezione temporanea si potrebbe lussare il piede all'indentro e praticare l'avvitamento dei due malleoli e del margine posteriore in modo da ricostruire esattamente dal basso il piano tibiale senza il minimo dislivello.

Il frammento posteriore spostato in alto si potrebbe prendere temporaneamente per avvitarlo in buona posizione con una specie di cavatappi analogo a quello di Marion per i miomi dell'utero ma avente un passo di vite stretto in modo

da rendersi solidale con il frammento osseo e così permettere una buona stabilità durante il suo avvitamento.

Nel mio caso mi sono contentato di un intervento più modesto perchè il frammento posteriore era piccolo e ormai saldato nella nuova posizione, ma in caso di frattura recente la cui riduzione incruenta non mi desse completa soddisfazione e sicurezza per l'avvenire dell'infermo non esiterei a fare l'intervento descritto perchè ho l'esperienza di tanti poveri infermi la cui deformità dolorosa fa preferire loro una amputazione e uno strumento di protesi.

RIASSUNTO.

L'A. a proposito di una frattura inveterata bimalleolare bassa con frattura del terzo malleolo e sublussazione posteriore del piede curata cruentemente, preconizza il taglio di Albanese-Kocker che dà un ampio spazio e permette facilmente l'avvitamento del malleolo peroneo e la visione dal basso del piano tibiale. Riferisce un caso così trattato e guarito.

BIBLIOGRAFIA.

J. TANTON. *Fractures du membre inférieur.* Nouveau traité de Chirurgie.
CHAPUT. *Les fractures malléolaires du cou-de-pied.* Paris, 1907.
DESTOT. Lyon chir., may-avril, 1913.
BILLET. Thèse de Lion, 1913.
QUENU. Revue de chir., 1907, 1912.
MARSY. Thèse de Lille, 1897.
FREDEL. Bull. soc. anat., Paris, 1912.
MEISSNER. Beit. z. Klin. Chir., t. LXIII, p. 140.
AUVRAY. Bul. soc. chir. Paris, 9 giugno 1912, p. 995.
PÓTHERAT. Ibid., 18 giugno 1911.

Per la *Bibliografia* completa sul trattamento delle fratture del collo del piede si consulterà: FRANCESCO DELITALA e SANDRO MARCONI. *Trattamento delle fratture articolari e loro esiti.* Relazione al XVII Congresso della Società italiana di ortopedia.

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I
III PADIGLIONE diretto dal Prof. A. DE FABI

Pseudo-sindrome di Raynaud unilaterale da costola soprannumeraria

per il dott. P. CAPONE-BRAGA, assistente.

Raynaud descrisse la malattia che porta il suo nome nel 1862. Il sintomo essenziale da lui designato consisteva in una gangrena secca simmetrica senza lesioni vasali, che più frequentemente si verificava nei giovani (da differenziarsi quindi dalla gangrena senile di origine endarteritica), che si accompagnava con acroasfissia e pallore periodici delle estremità superiori, provocati o no dal freddo e dalle emozioni, talora con anestesia tattile, dolori vivi, ipotermia. Secondo Raynaud la sindrome sarebbe determinata da uno spasmo arterioso di origine esclusivamente simpatica, per lesioni delle fibre sia nei tronchi nervosi che nei plessi periarteriosi.

Ma oltre questa forma essenziale a etiologia ignota, altre sono state segnalate in seguito le quali, simmetriche o non, traevano origine da tumori, costole cervicali, ecc., comprimenti il fascio vascolo-nervoso.

Pacetto, Agrifoglio ed Aigrot, ad es., nel loro studio sul *Journal de Chirurgie,* riferiscono sulla sindrome di Raynaud per costola cervicale.

Le costole soprannumerarie costituiscono un reperto abbastanza frequente ed erano conosciute fin dall'epoca di Galeno (Libro VIII). La moderna letteratura è ormai numerosa su questo argomento: basti citare i pregevoli lavori dei nostri, come quelli ad es. del Della Vedova, del Bianchini.

Lo studio sullo sviluppo delle vertebre ci ha fatto conoscere che le costole sono rappresentate su tutta l'altezza della colonna vertebrale. Quelle della porzione dorsale si sviluppano solo allo stato normale, le coste cervicali e lombari restano rudimentali (Le Dentu).

Sappiamo dall'embriologia che nei primi tempi della vita intrauterina appaiono su ciascun lato della corda dorsale delle masse di tessuto embrionale dette protovertebre. Una parte di questo tessuto circonda ben presto la corda dorsale e su ciascun lato invia indietro dei prolungamenti, i quali, crescendo verso quelli del lato opposto, vengono a circondare la midolla, il cui sviluppo precede quello del suo involucro osseo. Le successive modificazioni embrionali portano in definitiva alla formazione di un archetipo vertebrale composto di una porzione centrale o corpo, di una posteriore o arco neurale, di una anteriore o arco emale. Quest'ultimo risulta costituito a destra e a sinistra dalle apofisi costali unite al corpo e all'apofisi trasverse per la parte prossimale, all'apofisi sternale per la parte distale.

Si può dire che tipicamente la vertebra è sempre provvista di un paio di costole, come infatti si osserva in alcuni vertebrati inferiori. Nell'uomo i residui sulla colonna cervicale sono rappresentati, secondo il parere della massima parte degli AA., dalla radice centrale dell'apofisi trasversa, la quale viene appunto considerata come un rudimento di costola.

Le coste soprannumerarie si distinguono in brevi e lunghe. Per lo più la malformazione è bilaterale, e le costole possono presentarsi libere o articolate sia mediante una specie di

ligamento, sia per mezzo di una vera e propria articolazione.

In qualche caso si riscontra una sinostosi con la prima costa oppure con lo sterno. Talora l'articolazione è doppia. Per lo più il fascio vascolo-nervoso segue la nuova via, passando a cavaliere della costola soprannumeraria.

I sintomi che si hanno nelle coste brevi possono essere perfettamente simili a quelli che provoca la semplice ipertrofia dell'apofisi suddetta e cioè: disturbi sensitivo-motori e perturbamenti oculo-simpatici.

Le coste lunghe possono far corpo e continuarsi con l'apofisi trasversa oppure articolarvisi. Sono considerate in questo caso come elementi diapofisari.

I sintomi sono pressochè simili a quelli delle costole brevi, ma il territorio nervoso colpito è per solito più esteso potendo essere interessato tutto quanto il plesso brachiale.

Il caso da me osservato merita di essere citato per alcune particolarità dell'esordio e per gli scarsi risultati ottenuti dall'ablazione della costa anomala; ritengo perciò utile aggiungerlo a quelli precedentemente descritti.

B. A., di anni 30, tramviere. Nulla di notevole nell'anamnesi famigliare. È coniugato, moglie apparentemente sana. Non aborti, un figlio vivente e sano. Blenorragia a 24 anni. Nega lues. Malaria nel 1918 durata circa quattordici mesi. È stato sempre bene ed ha atteso senza il minimo disturbo ai suoi lavori fino all'epoca bellica, quando per lo scoppio di una granata fu gettato violentemente a terra riportando una forte contusione alla spalla destra. Da questo periodo il soggetto cominciò ad avvertire senso di peso e di formicolìo a tutto l'arto superiore di destra, diminuzione progressiva della forza, ipotermia della mano, iperalgesia, spasmi dolorosi, distrofia unguale e saltuariamente perionichia.

Detti sintomi sono continuati con alternative di remissioni e di peggioramenti. Fu solo nell'autunno del 1927 che casualmente gli fu da un sanitario riscontrata la presenza di una tumefazione sita profondamente alla regione sopraclavicolare di destra che l'esame radiografico rivelò essere una costola soprannumeraria. Due mesi dopo fu accolto al 3° Padiglione del Policlinico Umberto I.

E. O.: condizioni generali buone, stato di nutrizione buono. Non gangli evidenti alle varie stazioni. Polso radiale di media pressione e frequenza a sinistra: Assente a destra.

L'omerale di destra sembra di calibro normale e pulsa regolarmente.

Torace: simmetrico, ben conformato. Alla fossa sopraclavicolare di destra notasi alla palpazione la presenza di un corpo duro, fisso, che si perde nelle parti molli sia verso la colonna cervicale che verso l'innanzi e in basso. Non si provocano dolori alla pressione. Si percepisce nettamente la pulsazione della succlavia.

Nulla di notevole alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore: aia nei limiti, toni netti.

Addome: trattabile, indolente.

Organi ipocondriaci: nei limiti normali.

S. N.: oculomozione normale. Nulla a carico del settimo e del dodicesimo. A braccia protese non si notano abbassamenti precoci, ma dopo qualche tempo sorgono oscillazioni medie della mano destra. Arti inferiori: movimenti attivi e passivi normali. Forza normale. Riflessi rotulei, achillei, adduttori, addominali, cremasterici presenti e simmetrici. Alluci plantari. Non disturbi della sensibilità agli arti inferiori. Iridi reagenti alla luce e all'accomodazione.

Esame comparativo degli arti superiori: All'ispezione si apprezza appena una lieve ipotrofia dei muscoli del braccio, dell'avambraccio e della mano destra. Questa appare di colorito cianotico fino a due dita sopra l'articolazione del polso e in questa zona il termotatto è notevolmente diminuito. Esiste iperestesia dolorosa sulla mano al territorio del radiale, mediano e cutaneo laterale dell'avambraccio. Le unghie appaiono distrofiche. Nulla a carico dell'arto dell'opposto lato.

Misurazione: A 10 cm. dall'olecrano: braccio destro cm. 28; braccio sinistro cm. 30,05; avambraccio Dx. (parte media) cm. 27; avambraccio Sn. cm. 28.

Oscillometria: Pachon: Braccio destro Mx.: 130; Mn.: 90; indice oscillometrico: 3; braccio sinistro Mx.: 130; Mn.: 85; indice: 3.

Avambraccio destro: nessuna oscillazione (al terzo medio).

Avambraccio sinistro (terzo medio): Mx.: 110; Mn.: 80; indice: 2.

Temperatura della mano destra: 32; sinistra: 35,9.

Dinamometria: D.: 80; S.: 90.

L'esame elettrico non dimostra alcuna alterazione degna di menzione.

Indagine radiografica: il corpo vertebrale della settima cervicale e le sue masse laterali sono notevolmente sviluppate. Gli spazi interverte-

brali non presentano nulla di anormale. A sinistra notasi rudimento di costola, a destra sull'apofisi trasversa si articola con formazione regolarmente bicipitale un elemento costale il quale presenta circa alla sua metà un'altra articolazione, mentre l'estremo distale si fonde colla faccia superiore della prima costola.

Non esiste articolazione sternale.

18 gennaio 1928: Operazione eseguita dal prof. A. De Fabi: eteronarcosi regolare. Incisione sopraclavicolare destra arcuata. Si mette allo scoperto la costola soprannumeraria respingendo in avanti di essa il plesso nervoso. Liberazione dell'elemento costale il quale risulta formato di due segmenti: uno più lungo, articolato con l'apofisi trasversa della settima cervicale, l'altro più breve fuso col suo estremo distale alla parte media della faccia superiore della prima costola. Fra i due segmenti sono interposti degli elementi che ricordano piuttosto vagamente un'articolazione. Si libera totalmente la costola e la si asporta in toto. Chiusura della ferita operatoria lasciando un piccolo zaffo nella parte media.

Decorso post-operatorio: ottimo. All'8° giorno si ritira lo zaffo. Le condizioni del paziente sono pressochè immutate.

Verso il 10° giorno si nota un aumento di calore della mano destra. Il polso radiale si percepisce appena.

Pressione al primo giorno dell'intervento:

Pachon: Braccio sinistro: Mx.: 130; Mn.: 85; indice: 3. Braccio destro: Mx.: 130; Mn.: 90; indice: 3.

Avambraccio sinistro: Mx.: 110; Mn.: 75.

Avambraccio destro: lievissime oscillazioni appena apprezzabili.

9 marzo 1928: Si rivede il paziente dopo due mesi dall'intervento. Alla fossa sopraclavicolare di destra notasi cicatrice chirurgica angolare indolente. Gli spasmi dolorosi sono cessati. Persiste invece iperalgesia sulla mano nel territorio del radiale del mediano e del cutaneo laterale dell'avambraccio.

Misurazione: braccio destro: 29; braccio sinistro: 30,05 (a 10 cm. dall'olecrano).

Avambraccio destro: cm. 27; avambraccio sinistro: cm. 28 (parte media).

Oscillometria: Pachon: braccio destro: Mx.: 140; Mn.: 80; indice: 2,50.

Avambraccio destro: lievi oscillazioni fra 100 e 120.

Termometria: Mano destra: 34,9; mano sinistra: 36,2.

Il paziente non ha più avuto fenomeni suppurativi, tuttavia persiste la sensazione di peso in tutto l'arto superiore destro, la cianosi periodica della mano. La radiale al polso è appena percettibile, l'ipotermia è quasi costante e spiccata in tutta la mano.

26 febbraio 1929: Le condizioni sono pressochè simili a quelle di circa un anno fa. I risultati all'oscillometro e la misurazione dei vari segmenti sugli arti superiori ci fornisce dati quasi immutati rispetto a quelli di un anno fa.

Il paziente si lamenta sempre di non poter fare libero uso della propria mano per i disturbi più sopra accennati. L'acroasfissia periodica, la mano fredda in ogni stagione, le parestesie l'obbligano a tenere l'organo il più possibile in riposo.

CONCLUSIONI.

Dall'esposizione del caso scaturiscono alcune osservazioni che meritano di essere messe in rilievo. Anzitutto ci domandiamo: perchè la presenza della costola soprannumeraria, dal momento che trattasi di malformazione congenita, nel volgere di molti anni non ha dato alcun segno di sè ed ha determinato una serie di disturbi trofici e vasomotori soltanto dopo un trauma? Non è facile rispondere con sicurezza.

Riconosciuto però il rapporto fra trauma e inizio della sindrome morbosa si può presumibilmente ammettere che lo stiramento e la contusione del simpatico su un corpo insolitamente sporgente abbia dato luogo a fenomeni spastici nel territorio delle arterie dell'avambraccio e della mano. L'omerale, considerato il suo calibro cospicuo e la scarsa influenza che le turbe di origine simpatica apportano a questo vaso non ha dimostrato nessuna modificazione, mentre le arterie minori dell'avambraccio e della mano si sono alterate nella loro funzione e nel loro volume. Questa differenza di comportamento d'uno stesso sistema arterioso esclude appunto il fattore meccanico di compressione diretta sul fascio nerveo-vascolare. L'oscillometria ha confermato questo dato di fatto; e ciò è spiegabile per un particolare e graduale adattamento degli elementi vasali.

Non si può pensare nel nostro caso a una endoarterite giovanile (morbo di Winiwarter) perchè questa affezione predilige gli arti inferiori e abolisce il polso arterioso prima di dar luogo ai ben noti fenomeni necrotici.

L'evoluzione e l'assenza di lesioni a carico degli organi interni nel nostro paziente ci fa escludere il fattore embolico.

L'acrocianosi costituisce un'alterazione vasomotoria bilaterale e quindi non può riportarsi al caso nostro.

Gli scarsissimi risultati ottenuti dall'estirpazione della costola soprannumeraria convalidano la nostra ipotesi, che cioè non doveva trattarsi di semplice compressione, ma di alterazioni intime del simpatico con consecutivo spasmo delle arterie.

Ammesso questo fattore come causa dei disturbi che affliggono tuttora il paziente si potrebbe tentare un nuovo intervento con la simpaticectomia periarteriosa sull'omerale.

RIASSUNTO.

Illustrazione di un caso di costola cervicale con fenomeni vasomotorî a tipo Raynaud, il quale presenta interesse per due dati importanti: inizio postraumatico della sindrome e mancato miglioramento dopo l'ablazione della costa soprannumeraria.

BIBLIOGRAFIA.

A. LE DENTU e P. DELBET. *Nouveau traité de Chirurgie.* Paris, J. B. Baillière et Fils, 1915.
TESTUT e JACOB. *Anatomia topografica,* vol. I, U.T.E.T., 1923.
PACETTO, AGRIFOGLIO e AIGROT. Journal de Chirurgie, t. XXXI, n. 5, 1928.
LERI e PÉRON. Paris Médical, 22-XI-24.
A. BIANCHINI. Policlinico, Sezione Chirurgica, p. 507, 1924.
ARTHUR AY. LAW. *Adventitious lig. Simul. Cervical ribs.* Annals of Surgery, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Nuove osservazioni sull'amebiasi in Sicilia.

Dott. CONCETTO PAPPALARDO, assistente vol.

Lo studio dell'amebiasi in Sicilia ebbe inizio nel 1912, quando il mio Maestro Prof. Maurizio Ascoli illustrò i primi casi di dissenteria fra i militari reduci dalla Libia.

Successivamente la frequenza tutt'altro che trascurabile della malattia guidò alla scoperta di focolai endemici, segnalati dalla nostra scuola; e, man mano, la importanza notevole di questo capitolo di patologia, quasi nuovo per le nostre regioni, e la necessità di approfondirne lo studio fuochettarono sull'argomento l'attenzione di molti studiosi.

Così ebbero origine numerose ricerche cliniche e sperimentali degli allievi di M. Ascoli (Izar, Iuspa, Ferro, Sanfilippo, Moretti, Pappalardo) i contributi dei quali hanno volgarizzato la fisionomia nosografica, molto spesso anomala, dell'infezione amebica, armando contro di essa la falange dei medici pratici.

Izar e Moretti hanno portato contributi statistici che sembrano dimostrare un incremento dell'amebiasi nella Sicilia Orientale, e specialmente nella provincia di Catania, dal 1919 al 1925; dai dati degli AA. risulta la notevole diffusione della malattia nella nostra regione, e un'impensata frequenza di casi di origine certamente autoctona (109 su 317 ammalati di Izar).

Naturalmente è difficile stabilire quanta parte dell'aumento numerico dei casi diagnosticati sia dovuta ad incremento vero e proprio dell'affezione, e quanta alla maggiore diligenza dei sanitari ed alla diffusione dei criteri e dei mezzi diagnostici.

D'altronde un analogo movimento si è svolto in altri paesi della zona temperata (Francia, Germania), ed ha avuto per effetto anche lì la dimostrazione di una inopinata diffusione dell'infezione amebica e dell'esistenza di più o meno numerosi casi di origine autoctona. Cosicchè non sembra azzardato presumere che lo studio della parassitosi, che ancora ieri riguardava soltanto la medicina tropicale, sia destinato a cessare di rivestire un interesse puramente regionale o nazionale.

A proposito della diffusione dell'infezione nel nostro Paese, la nostra scuola ritiene che la segnalazione di forme isolate o endemiche di amebiasi nelle varie regioni d'Italia, a parte lo interesse clinico, abbia una notevole importanza epidemiologica, in quanto giova conoscere con precisione la distribuzione geografica della parassitosi nella penisola.

Diciamo questo perchè a noi consta di casi autoctoni di amebiasi accertati dai medici locali anche in province che per nozione ordinaria e corrente si considerano indenni dall'infezione; casi che non vengono giudicati meritevoli di pubblicazione per il fatto che dal punto di vista clinico offrono scarso interesse.

Questo stato di cose determina come conseguenza l'ignoranza generica, almeno da parte dei medici pratici, dell'affezione in regioni dove essa di fatto è più o meno largamente rappresentata: valga l'esempio di Palermo, dove, pur essendo non eccezionale l'ascesso epatico, l'esistenza dell'amebiasi era del tutto sconosciuta fino a quando il mio Maestro, potè fornirne agevolmente la dimostrazione (*R. Acc. Sc. med.*, Palermo, 25-6-1921).

Un esempio anche più eloquente è quello recentissimo riguardante Amburgo. In questa città, tanto progredita in materia di studi medici, sede di uno dei massimi Istituti di Medicina Tropicale del mondo, il Goercke, reduce dai tropici e pratico di malattie esotiche, in un anno potè accertare non meno di 200 (dico duecento!) casi di amebiasi misconosciuta: fatto che resta impressionante anche se l'A. ritiene di aver appurato l'origine esotica di gran parte dei suoi casi (*).

(*) Analoghi recentissimi rilievi vengono segnalati negli Stati Uniti.

Così per Chicago GEIGER (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, vol. 92, n. 7) giunge alla conclusione che l'infestazione amebica è tutt'altro che infrequente ma fin'ora misconosciuta; e ad ana-

Per le suesposte ragioni, dunque, ed anche a titolo di incitamento alla pubblicazione di osservazioni analoghe, noi riteniamo utile continuare a rendere periodicamente ragione della casistica occorsa nel nostro Istituto.

Nella presente nota daremo un cenno clinico-statistico degli amebiasici accertati e studiati in clinica e nell'ambulatorio dal febbraio 1926 al giugno 1928.

*
* *

I casi ammontano a 100 dei quali 40 provenienti da Catania città e 20 dalla provincia, 23 dalla città e provincia di Siracusa, 17 dalla provincia di Caltanissetta.

Confrontando queste cifre con quelle riportate da Izar e da Moretti sembra a primo acchito che l'infezione sia in diminuzione. Al riguardo però è da tener conto delle seguenti circostanze.

Nei primi tempi in cui fu richiamata dalla nostra scuola l'attenzione sulla esistenza e sulla diffusione dell'infezione amebica nelle nostre regioni, si rese maggiormente sentito da parte dei medici il bisogno di accertamenti di laboratorio che avvalorassero il sospetto che una determinata forma capitata alla loro osservazione rientrasse nel gruppo delle sindromi amebiche; si verificò per tal modo un più largo movimento di afflusso di esami a scopo di accertamento.

Divulgatasi in secondo tempo con questo mezzo la conoscenza della forma morbosa da parte dei medici pratici e della sua almeno apparentemente facile cura specifica si determinò un movimento inverso ritenendosi, sia per quest'ultima ragione che per le difficoltà ed il disagio connessi all'accertamento, di potere senz'altro ricorrere anche in assenza di esso al trattamento tanto più che anche all'insuccesso terapeutico poteva attribuirsi valore diagnostico siccome prova *ex juvantibus* nel senso di escludere con verosimiglianza la etiologia in parola.

Pertanto, e per altre ragioni intuitive, un giudizio in proposito sarebbe quanto mai aleatorio tanto più che in questa materia interviene fortunatamente un terzo fattore, cioè che la cura efficace degli amebiasici riconosciuti viene a diminuire una sorgente di infezione e di diffusione.

Ciò che risulta accertato dalle nostre indagini e che conferma l'esistenza dell'endemia amebica in Sicilia è il riscontro frequente di casi dei quali resta fuori di dubbio l'origine autoctona dell'amebiasi.

Dei nostri 100 amebiasici, in 25 le prime manifestazioni enterocoliche cominciarono in colonia, in 10 durante la guerra sulla nostra fronte, in 65 che non erano mai stati nè in colonia nè in regioni sospette la malattia ebbe inizio nei rispettivi paesi di residenza.

Non pare però, stando al numero dei casi autoctoni ed avuto riguardo alla densità della popolazione, che qualche comune sia stato colpito più largamente di altri, nè ci sembra di avere constatato vere epidemie. Ci risulta soltanto che nel bimestre ottobre-novembre 1927 sono stati accertati rispetto agli altri mesi dello stesso anno e di quello precedente un buon numero di casi (21).

È da tenere presente però che l'influenza dei fattori stagionali e climatici nella determinazione di epidemie può essere semplicemente simulata in quanto queste condizioni determinano soltanto l'esplodere od il ritorno di episodi acuti in portatori o cronici.

Di fatti le libazioni copiose, l'uso smodato di purganti, gli strapazzi fisici, quali cause occasionali dell'insorgenza dei primi disturbi enterocolici, figurano in 67 dei 100 pazienti, mentre negli altri le prime sofferenze si sono appalesate senza precedenti.

L'*entamoeba histolytica* è stata riscontrata da sola nelle feci di 84 dei 100 nostri ammalati. Dei rimanenti in 6 essa era associata al *trichomonas intestinalis;* in 3 alla *lamblia intestinalis*, al *trichomonas intestinalis* ed alla *blastocystis hominis;* in 3 alla sola lamblia; in 2 a forme spirillari; in 1 all'ascaride lombricoide; in 1 alla *taenia solium*.

La contemporanea presenza di questi parassiti nell'intestino, per i quali il concetto della loro azione patogena va guadagnando terreno, aumenta la resistenza dell'*entamoeba histolytica* al trattamento specifico. Le forme più ribelli, sono quelle dovute alla simbiosi dell'ameba con la lamblia.

In linea di massima i risultati terapeutici ottenuti nei nostri casi confermano queste asserzioni.

*
* *

È ormai accertato che sebbene l'*entamoeba histolytica* prediliga come sede l'intestino, tuttavia la sua localizzazione può restare muta od appalesarsi con una sintomatologia così vaga da lasciare perplessi sul giudizio diagnostico. Pertanto è errato escludere l'amebiasi quando manca la sindrome dissenterica poichè questa non ha altro valore che quello di sintoma e come tale può mancare o passare in se-

---

loghe conclusioni giungono DE RIVAS e FIFE per Filadelfia (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, vol. 92, n. 8).

conda linea rispetto alle altre manifestazioni più o meno imponenti.

Anche le metastasi possono non presentare un quadro ben definito nè essere precedute costantemente da disturbi enterocolici.

A questo polimorfismo si deve la descrizione delle numerose « forme cliniche » sotto le quali può rivelarsi l'amebiasi, descrizione che se può talvolta apparire artificiosa, riesce tuttavia utile a scopo didattico e diagnostico.

Accenniamo brevemente alle varie forme osservate nei nostri pazienti.

Sindrome dissenteriforme acuta (5). Gli ammalati che mai erano stati in colonia e mai avevano sofferto in precedenza disturbi enterocolici furono colti quasi improvvisamente da diarrea profusa (12-20 scariche al giorno) con feci muco-sanguigne, tenesmo, dolori addominali diffusi più o meno intensi, modiche elevazioni termiche serotine, a volte vomito. Le feci presentavano il caratteristico odore di sperma; la rettoscopia (praticata in un caso solo) mise in rilievo la presenza nel segmento inferiore del sigma di numerose piccole ulcerazioni ricoperte di muco contenente numerose forme vegetative di *entamoeba histolytica.*

Enterocolite a riprese (73). È la forma più comune nelle nostre regioni. A volte il primo episodio diarroico, spesso non imponente, suole passare inosservato dal paziente il quale consulta il medico per la comparsa di crisi diarroiche di breve durata più frequenti nella stagione calda intercalate da periodi piuttosto lunghi di relativo benessere. Durante le riprese si nota quasi sempre tenesmo; raramente qualche rialzo termico serotino (37°.2-37°.5). Sono frequenti modici dolori addominali. Non sempre le feci sono muco-ematiche. Nei periodi di quiescenza l'alvo è regolare, a volte tanto stitico da richiedere l'uso quotidiano di lassativi.

Insistiamo nella circostanza che la sindrome di gran lunga preponderante è quella enterocolica a riprese.

Sindrome dispeptica (8). In essa predominano le sofferenze gastriche su quelle intestinali. I nostri pazienti accusavano senso di peso diffuso all'addome dopo i pasti, pirosi incostante, eruttazioni acide e modici dolori all'epigastrio indipendenti dai pasti. L'alvo era irregolare. Questa forma può simulare una lesione colecistica (sindrome pseudo-colecistica); così in un ammalato d'ambulatorio prima che capitasse alla nostra osservazione era stata fatta diagnosi di colecistite e consigliata la colecistectomia. Dopo l'intervento chirurgico, che non confermò la diagnosi, i disturbi persistettero immutati. Successivamente l'esame delle feci chiarì l'etiologia dell'affezione e l'infermo guarì dopo opportuno trattamento emetino-arsenicale.

Sindrome pseudo-appendicolare (3). Identica, sebbene meno pronunziata, a quella dell'appendicite cronica, donde l'importanza della ricerca accurata dell'*entamoeba histolytica* nelle feci prima di affidare il paziente al chirurgo. Qualche volta possono mettere sull'avviso i brevi periodi diarroici sofferti in passato.

Non mi diffondo sull'argomento che sarà oggetto di un prossimo studio del collega dott. Sanfilippo della nostra clinica.

Sindrome stitica (1). L'ammalato accusava stitichezza ostinata ribelle a tutte le cure con le conseguenze inerenti alla stasi fecale cronica (astenia, cefalea, inappetenza, ecc.) (*).

Va particolarmente rilevato che nemmeno nell'anamnesi fu possibile rintracciare precedenti enterocolici.

Si distingue dalla enterocolite a ricadute, nella quale si possono avere anche periodi di stitichezza, per l'assenza delle crisi diarroiche.

Rettocolite (5). Questi pazienti accusavano senso di peso e modico dolore nella fossa iliaca sinistra con irradiazioni al pube ed alla regione perineale. Avevano 1-2 scariche al giorno con feci a volte solide a volte liquide muco-ematiche.

La rettoscopia praticata in uno (rifiutata dagli altri), mise in rilievo piccole ulcerazioni lineari ricoperte di muco, alcune sanguinanti, a carico della mucosa del sigma e della parte alta del retto.

Quattro ammalati non avevano sofferto in passato turbe enterocoliche; in uno figurava enterocolite amebica dissenteriforme accertata e curata nel nostro Istituto circa 7 anni prima che si ripresentasse alla nostra osservazione.

In questa forma la ricerca dell'*entamoeba histolytica* nelle feci può riuscire negativa ad un primo esame.

Metastasi epatiche (5). Di queste, quattro si presentarono a noi nella fase parenchimatosa (precolliquativa) ed una in quella colliquativa; tutte a carico del lobo destro del fegato ed in soggetti di sesso maschile. Soltanto in tre ammalati figuravano nell'anamnestico pregressi disturbi enterocolici; in due la lesione epatica s'era stabilita lentamente e subdolamente. Su questa forma mi intratterrò in un prossimo lavoro in collaborazione con il dott. G. Sorge.

Segnaliamo fra le malattie contemporaneamente alle quali abbiamo riscontrato nello stesso soggetto l'amebiasi: la tubercolosi pol-

(*) Sensibilmente migliorata dopo il trattamento emetino-arsenicale.

monare (2), la tubercolosi ossea (1), la sifilide (3), la malaria (2), l'endocardite lenta (1), il carcinoma gastrico (1).

*
* *

Per quanto riguarda la terapia ci sembra urgente necessità segnalare la tendenza esistente che a noi occorse di rilevare, ad eccedere nelle dosi di emetina con detrimento anche grave, e persino ad esito letale dell'apparato circolatorio e sul sistema nervoso. Più di un caso di questo genere ebbimo occasione di constatare. Simili osservazioni e quelle raccolte in clinica ci hanno indotto a proscrivere del tutto la somministrazione di forti dosi di alcaloide quale è suggerita da alcuni AA. e sulla loro fede accettata da molti pratici. Se questa consuetudine poteva accettarsi finchè l'emetina costituiva il solo mezzo efficace contro l'ameba essa va invece respinta oggi che sono in nostro potere altri farmaci valevolissimi contro questo parassita.

Pertanto preferiamo attenerci piuttosto alle dosi medie di emetina (2-4 cg. *pro die* per via sottocutanea) date per 4-6 giorni e seguìte da 15 giorni di cura stovarsolica (2 compresse da gr. 0.25 al giorno) ripetendo il ciclo una o più volte secondo i casi.

Quanto allo stovarsolo notiamo che in ben quattro dei nostri ammalati insorsero dopo pochi giorni di trattamento fenomeni d'intolleranza (eritema scarlattiniforme e morbilliforme pruriginoso, febbre, cefalea, astenia, diarrea) che scomparvero subito dopo la sospensione del rimedio e la somministrazione di preparati di calcio ed adrenalina.

Sull'Yatren 105 mi sono diffuso in un mio recente lavoro (*Policl.*, Sez. prat., n. 31, 1928) e recentemente Mülhens ha ampiamente riferito nel congresso di medicina tropicale al Cairo. In accordo con osservazioni di altri autori esso può sostituirsi o associarsi all'emetina ed al paragone di questa offre il vantaggio di non dare mai luogo ad inconvenienti gravi manifestandosi l'intolleranza soltanto con fenomeni diarroici. Nelle localizzazioni epatiche però non pare che sia ugualmente efficace che in quelle intestinali.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione sulla frequenza dell'amebiasi in Sicilia; illustra le forme cliniche riscontrate in 100 casi; consiglia di non eccedere nelle dosi di emetina.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI M. Riforma medica, n. 16, 1912.
ID. *Conferenze ai medici in guerra*. Milano, Stucchi-Ceretti, ed., 1913.
ID. Riforma medica, n. 19, 1915.
ID. R. Acc. Sc. Med. Palermo, 25 giugno 1921.
ID. Sicilia Sanitaria, II, n. 1, 1923.
IZAR G. *Amebiasi*. Catania, 1922, Giannotta, ed.
ID. *Le metastasi amebiche*. Catania, 1925; Scuola tipografia Salesiana.
IUSPA V. *L'amebiasi*. Catania, 1921, tip. P. I. A.
FERRO P. Giornale di Clinica Medica, 11, n. 3, 1921.
SANFILIPPO E. Studium, n. 12, 1921.
ID. Ibid., n. 11, 1921.
ID. Policlinico, Sez. prat., XXVIII, n. 51, 1921.
MORETTI P. Riforma medica, n. 17, 1926.
PAPPALARDO C. Ibid., n. 44, 1924.
BOERI G. *Malaria e malattie dei paesi caldi*, 1914.
ID. Riforma medica, n. 39, 1919.
PONTANO T. Policlinico, Sez. med., XXXI, 417, 1924.
ID. Giornale del medico prat., VI, 229, 1924.
ID. R. Acc. Med. di Roma, 3 maggio 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

APPARATO RESPIRATORIO.

La gangrena polmonare: classificazione, evoluzione, terapia.

(LANDAU e HELD. *Annales Méd.*, XXV, 5, 1929).

Secondo l'opinione della maggioranza, la gangrena polmonare è provocata da anaerobi; alcuni ne attribuiscono l'etiologia anche agli aerobi. Non esiste un microbo specifico, perchè tutti gli anaerobi possono esserne la causa; essi trovano un ambiente favorevole nell'obliterazione completa o parziale del bronco afferente, che stabilisce un'atmosfera povera di ossigeno (Erbrich).

Dal punto di vista clinico la gangrena è stata divisa in una forma diffusa o circoscritta (Laënnec); in una forma uni- o multiloculare (A. Fraenkel), in benigna o grave (Sokolowski). Gli AA. francesi dividono la gangrena in pneumonica, pleuritica, embolica (metastatica).

Landau ed Held propongono invece la seguente divisione: gangrena polmonare supero-lobare ed infero-lobare.

Gangrena p. supero-lobare. Sono riferiti 7 casi su 24. È una forma primitiva, indipendente; sorge in modo acuto, e rassomiglia alla polmonite grave, ma non ha alcun rapporto con questa.

L'espettorato e l'alito diventano fetidi al 2°-3° giorno, ciò che depone per il carattere primitivo del processo. Nello sputo si trovano spirochete, fusiformi od altri anaerobi. Il processo si localizza al lobo superiore polmonare, in prevalenza a D. Il decorso è anche esso acuto; compare con brividi, è seguìto da temperatura elevata, che raggiunge 39-40°, da do-

lori puntori dal lato malato (sotto la clavicola o in corrispondenza della scapola), da tosse e da intensa dispnea. Il polso è piccolo, frequente, 130-140 al m. talora irregolare, l'aspetto del paz. presenta i segni d'una grave affezione: lingua secca, estremità cianotiche e fredde, diminuita mobilità toracica del lato malato.

I segni fisici sono scarsi; dapprima sono quelli d'una bronchite diffusa, in seguito compaiono segni d'una infiltrazione più o meno estesa, e broncofonia; inspirazione rude, espirazione soffiante, ed a caverna formata, respirazione bronchiale sonora, con in- ed espirazione a timbro cavitario.

Tali disturbi si aggravano in seguito, insieme alle cattive condizioni generali, e per i disturbi intestinali.

Su 7 espettorati di gangrena supero-lobare solo in 2 furono trovate le fibre elastiche; ciò è dovuto ad uno speciale fermento dei microbi, che agisce dissolvendo le fibre elastiche.

L'esame del sangue ha importanza per distinguere questa affezione dalla polmonite fibrinosa; nella g. p. si ha una leucocitosi poco superiore al normale (7200-9200), con formula leucocitaria presso a poco normale, con assenza di eosinofili.

Questa forma di gangrena a decorso acuto solo raramente diventa cronica.

Gangrena p. infero-lobare. È spesso secondaria ad altre affezioni, e insorge o per aspirazione negli individui cachettici, e già sofferenti di altre affezioni polmonari, o per via ematica, in seguito ad emboli; però gli agenti della gangrena son sempre anaerobi. La diagnosi differenziale tra queste due forme e la bronchite putrida o piuttosto la bronchiectasia putrida è difficile.

Prognosi. È sempre grave, nell'una e nell'altra forma. La media dei casi mortali, sebbene sia variabile secondo i diversi AA., è sempre elevata; la guarigione di qualche caso può far sorgere il sospetto che si sia trattato di bronchiectasia putrida, in cui il parenchima polmonare non è alterato.

Cura. S'inizia la cura medica con balsamici e disinfettanti: acido fenico al 0.5 %, un cucchiaio da tavola, tre volte al giorno, ed olio di eucaliptus (8-10 goccie tre volte p. d.), a cui si possono aggiungere inalazioni dei medesimi medicamenti (acido fenico 2-3 %, olio di trementina, di eucaliptus). Questi balsamici non hanno influenza terapeutica, ma favoriscono l'espettorazione, e disinfettano l'espettorato che si raccoglie nei bronchi.

La cura più appropriata è rappresentata dal pneumotorace artificiale, il quale facilita la cicatrizzazione della caverna. Tale metodo, preconizzato da molti, trova opposizione solo in pochi AA., i quali asseriscono che il pneumotorace produce frequenti complicazioni. Questa duplice maniera di considerare l'azione del pnt. dipende dal fatto che il pnt. va applicato nei soli casi in cui è indicato, cioè nelle gangrene a forma supero-lobare.

In queste forme l'uso del pnt. è prezioso, perchè pare che la cavità gangrenosa possegga una comunicazione libera con il bronco, quale permette la rapida sparizione e cicatrizzazione della caverna dopo il pnt. Sono in generale sufficienti 2-3 insufflazioni per guarire il paz., ben s'intende se praticate il più precocemente possibile, e prima che si stabiliscano delle aderenze.

Nelle forme di gangrena infero-lobare il pnt. è controindicato per le numerose aderenze che si stabiliscono con la pleura, in modo precoce. Talora esso è del tutto dannoso e pericoloso, perchè può provocare l'infezione della pleura e la sua infiammazione purulenta o gangrenosa.

Partendo dal concetto che l'espettorato di malati di g. p. contengono spirochete e fusiformi, è stata applicata la cura di salvarsan in tali casi. I pareri sull'efficacia di tale terapia sono discordi; gli AA. sono d'avviso che se non si ottiene un miglioramento dopo la 2ª iniezione, è meglio interromperne la somministrazione. Tuttavia dalle osservazioni emerge che il neosalvarsan è mal sopportato ed inefficace nelle gangrene supero-lobari, mentre ha una netta efficacia sulle gangrene infero-lobari, talora favorendone la guarigione.

Riassumendo, la terapia della gangrena polmonare è la seguente: nella forma supero-lobare è indicazione assoluta praticare quanto più presto è possibile il pneumotorace artificiale; nelle forme infero-lobari trionfa invece il neosalvarsan.

CARUSI.

Le adenopatie tracheo-bronchiali.

(S. ENGEL. *Klin. Wochenschr.*, n. 27, 1929).

Le concezioni topografiche sulle glandole tracheo-bronchiali e quelle clinico-radiologiche in casi di loro affezioni non erano finora basate su dati bene accertati, ma piuttosto campate su basi poco sicure. Usando dei procedimenti tecnici piuttosto complicati, con iniezioni mediastiniche e sezioni a serie di toraci di lattanti in condizioni normali e patologiche, l'A. ha cercato di sostituire alle dette vaghe concezioni, dei dati sicuri.

In condizioni normali le glandole tracheo-bronchiali non si addossano all'albero tracheo-bronchiale, ma seguono il decorso dei vasi, principalmente della vena polmonare.

L'infezione tubercolare del lattante è caratterizzata dalla poca entità della lesione polmonare iniziale, e dall'imponenza dell'adenopatia. Quanto più è piccolo il bambino, tanto più intensamente si tumefanno le glandole tracheo-bronchiali e tanto più la lesione glandolare tende a generalizzarsi. La tubercolosi delle glandole tracheo-bronchiali determina perciò nel lattante tumefazioni notevoli ed interessa

gran parte del sistema glandolare tracheo-bronchiale, mentre non determina nel bambino più grande (età della scuola) che adenopatie poco notevoli, e limitate a quelle poche glandole che drenano la regione polmonare ammalata.

Queste modiche adenopatie difficilmente possono dare sintomi clinicamente apprezzabili; ne potranno dare le grosse tumefazioni glandolari del lattante, età in cui però è più difficile rilevare con precisione sia i dati clinici che quelli radiologici. L'assenza di dati clinici e radiologici non deve perciò fare escludere, nei bambini con cutireazione positiva, l'esistenza di un'adenopatia tracheo-bronchiale.

Importantissimi sono i rapporti tra lo stato delle glandole tracheo-bronchiali e lo scoppio di una meningite tubercolare. La meningite si determina specialmente nei casi in cui le glandole tracheo-bronchiali sono ammalate di recente, e in ambito vasto; molto più raramente in casi di tubercolosi tracheo-bronchiale di data più antica. Condizione necessaria al determinarsi di una meningite tubercolare, è perciò l'esistenza di un complesso primario recente ed esteso.

L'esame radiologico difficilmente permette di constatare direttamente le glandole tracheo-bronchiali ingrossate; ciò sarebbe tutto al più possibile in casi di adenopatie imponenti, nella prima infanzia dunque. Infatti le glandole tracheo-bronchiali, sia normali che ingrossate, vengono a trovarsi entro l'ombra cardiaca; solo in caso di calcificazione esse spiccano nettamente su questa. Al di fuori dell'ombra cardiaca possono sporgere soltanto, in caso di ingrossamento, le glandole dell'angolo tracheo-bronchiale di destra (il tumore si sviluppa verso il mediastino di destra, in alto).

L'esame radiologico, se anche nella maggior parte dei casi non ci consente di dimostrare direttamente le glandole ingrossate, dà però dei reperti diversi dal normale che possono indirettamente far concludere per una adenopatia tracheo-bronchiale. Queste deviazioni dal normale, probabilmente dovute a fenomeni di infiammazione periglandolare, consistono nella sfumatura dell'ombra cardiaca o in modificazioni dell'ombra ilare. Mentre nel bambino in condizioni normali, l'ombra dell'ilo è molto debole, in casi di adenopatia tracheo-bronchiale l'ombra dell'ilo assume un aspetto abbastanza nettamente delimitato; a destra di solito un aspetto paragonabile a un'ala di farfalla, a sinistra, a un segmento di cerchio.

In altri casi si determinano dei processi infiammatori periilari del tessuto polmonare stesso (processi perifocali, che o accompagnano una malattia recente o seguono a stimoli specifici o aspecifici che colpiscono il focolaio tubercolare). Si hanno allora dei segni radiologici molto netti e decisivi; essi indicano che si tratta di malattia recente e in attività.

POLLITZER.

APPARATO URINARIO.

Una nuova via operatoria per l'aggressione della parte terminale dell'uretere.

(BOEMINGHAUS. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 480, 1929).

Il metodo trova una indicazione nella sede iuxta-vescicale del calcolo ureterale, quando questo non è asportabile dalla vescica. Di fronte agli altri metodi finora usati, avrebbe il vantaggio di dare un'ampia luce anche negli individui a bacino stretto e allungato.

L'incisione cutanea decorre secondo la direzione delle fibre dell'aponeurosi dell'obliquo esterno, dall'altezza della spina iliaca anteriore superiore per circa 10 cm. fino al margine esterno del retto, segue poi un decorso orizzontale fino alla linea mediana continuando infine verticalmente fino al pube. L'incisione dei piani muscolari segue lo stesso decorso; il retto viene sezionato trasversalmente in tutto lo spessore. Se l'incisione è esatta, non si interessano nervi importanti. Lo scollamento del peritoneo è facile; in corrispondenza dell'anello addominale del canale inguinale, esistono aderenze normali piuttosto valide, che richiedono la sezione con il bisturi. Per avere un orientamento più facile è consigliato di ricercare l'uretere all'incrocio con l'arteria iliaca, e di seguirlo da qui verso la vescica.

Il drenaggio, quando è necessario, sta nel punto più declive perchè segue la via pararettale, attraverso la fossa ischio-rettale e viene all'esterno, attraverso una controapertura paraanale.

VALDONI.

Su una cisti pararenale retro-peritoneale originatasi dall'organo di Wolff.

(LÄWEN e BIEBL. *Bruns Zeit. z. Klin. Chir.*, 144, 4, pag. 505).

Gli AA. hanno avuto occasione di studiare un caso operato nella clinica chirurgica di Königsberg in una giovane di 18 anni la quale da un anno soffriva di dolori alla metà destra dell'addome e al dorso accompagnati da febbre per cui con diagnosi di ascesso epatico era stato fatto in altro ospedale un primo intervento. Da questo residuò una fistola che si dirigeva profondamente verso la colonna vertebrale e dalla quale gemeva pus. Nel nuovo intervento Läwen cominciò con l'isolamento del tramite fistoloso che si mostrò poi seguìto da una sacca la quale raggiungeva il rene destro e si estendeva in alto verso il diaframma e in basso nel piccolo bacino. Le connessioni col rene erano semplicemente di contiguità e fu facile il distacco, ma la sacca aveva un in-

timo rapporto coi vasi renali di destra che dovette allacciare e completare con la nefrectomia dello stesso lato.

Il distacco dal diaframma fu seguìto da una perdita di sostanza di questo che venne colmata con sutura; il distacco inferiore riuscì facile. La cisti venne asportata completamente ed il cavo residuo tamponato.

Il rene sinistro riprese bene la funzione vicaria e l'ammalata sopportò l'intervento uscendo guarita dalla clinica.

Il pezzo aveva la forma di un salsicciotto con tre rigonfiamenti a sacca. L'esame istologico della parete fece riscontrare un tessuto connettivo con segni di flogosi comune, fasci di musculatura liscia, glomeruli con capsula di Bowmann, tubi ghiandolari. L'interno della cisti mostrava residui di epitelio di rivestimento in parte distrutto da un processo infiammatorio.

Dall'esame deducono che la cisti, simile ad una sacca idronefrotica, proveniva da residui di tessuto renale.

I primi casi di queste cisti retroperitoneali furono descritti da Przewoski nel 1889 da reperti di autopsia e furono da questo riportati a residui del corpo di Wolff e di Müller.

Seguirono poi nel 1891 il caso operato da Obalinsky e l'altro di Coblenz con dislocazione verso il sigma. In seguito sono stati riscontrati casi di cisti dell'ovaio e del legamento largo con picciuolo retroperitoneale e che sono stati riportati ad un'origine da resti del corpo di Wolff.

In un caso illustrato da Niosi e in un altro di Jacquot la cisti si era sviluppata nel mesocolon trasverso mentre altre volte lo sviluppo è stato verso il cieco ed il colon ascendente per cui era stata fatta diagnosi di ascesso peritiflitico. Simson descrisse un caso con compressione dello stomaco e del colon.

Secondo Silhol e Bourde le cisti da residui wolfiani si possono distinguere in lombo addominali, addomino pelviche e dei genitali esterni.

Il contenuto delle cisti può essere sieroso oppure emorragico. Si può verificare una trasformazione maligna.

Ordinariamente sono unilombari. La diagnosi non è stata mai fatta prima dell'esame istologico.

Alcune di queste cisti sono guarite con l'apertura e il drenaggio ma il trattamento di scelta e l'asportazione con intervento vario a seconda la sede d'impianto della cisti. Se esso è nella linea mediana verso la colonna occorre una laparotomia, se si svolge di lato come una idronefrosi si sceglie di regola la via extraperitoneale. La prognosi è buona quando viene fatta la estirpazione totale.

R. BRANCATI.

Vie di assorbimento nel rene idronefrotico.

(D. M. MORISON. *The British Journal of Urology*, vol. I, n. 1).

Allo scopo di studiare le vie di assorbimento nell'idronefrosi e di chiarire il meccanismo del cosidetto « reflusso pielovenoso » l'A. ha eseguito su conigli delle esperienze che consistevano nell'introdurre liquidi colorati nella pelvi in quantità inferiori alla capacità pelvica, in modo da non distendere le pareti del bacinetto. Ha eseguito due serie di esperienze. In una ha introdotto i colori in una pelvi normale attraverso l'estremo inferiore dell'uretere che poi veniva legato. In una seconda serie di animali ha introdotto nello stesso modo i colori in pelvi i cui ureteri corrispondenti erano stati legati da qualche tempo. Studiava l'assorbimento su preparati istologici del rene, dei tessuti perirenali per l'esame dei linfatici e del fegato, milza e dell'altro rene per mettere in evidenza l'eventuale passaggio in circolo dei colori iniettati nella pelvi.

Ha potuto mettere in evidenza due vie di assorbimento, la linfatica e la tubulare. Al principio di una occlusione ureterale completa si ha per i primi due o tre giorni un assorbimento puramente linfatico dalle pareti della pelvi e dell'uretere. Dopo il terzo giorno si inizia anche un assorbimento per la via dei tubuli che prosegue poi anche più attivamente che quello per via linfatica.

La precedente chiusura dell'uretere e lo stabilirsi di un aumento di pressione nella pelvi favorisce l'assorbimento per i tubuli. I tubuli contorti dei glomeruli più perifericamente situati sono i primi ad assumere questa funzione, che man mano si estende anche a tubuli contorti posti più centralmente.

Nell'assorbire così i colori, le cellule dei tubuli contorti si mostrano ben poco alterate. Siccome, come è stato dimostrato da Hinman, sono i glomeruli più periferici quelli che per primi risentono dell'atrofia da pressione dell'idronefrosi, così l'A. crede di poter concludere che avendo i loro tubuli contorti una minor quantità di filtrato glomerulare da riassorbire, più facilmente si prestino a riassorbire i colori che risalgono nel loro interno. Sarebbe una dimostrazione indiretta della teoria della « filtrazione e riassorbimento » sostenuta da Cushny, Richards e altri.

In due soli casi su 84 animali ha avuto un riflesso pielovenoso, per una rottura della base di una piramide, dove plessi di venule interlobari sono situate molto vicine all'epitelio dei calici. In ambedue questi casi aveva però elevato la pressione endopelvica bene al disopra del normale. Soltanto in questi due casi ebbe con certezza una generale diffusione dei colori usati.

Crede che il reflusso pielovenoso sia proba-

bilmente dovuto a un trauma e non possa essere preso in considerazione come un meccanismo normale di assorbimento nell'idronefrosi.

M. ASCOLI.

APPARATO GENITALE.

Il dolore testicolare.

(K. WALKER. *Practitioner*, 1929, n. 1).

I testicoli ed i loro vasi sono abbondantemente forniti di nervi provenienti da parecchie parti, dai plessi renale, aortico e ipogastrico. Tali nervi hanno larghe anastomosi ed in conseguenza il testicolo è spesso sede di dolori riferiti da altri organi, specialmente dal rene.

I dolori testicolari possono essere di due specie, quelli nei quali la causa del dolore si trova in un'affezione del tratto urogenitale, e quelli dovuti a lesioni locali.

Per quel che riguarda il primo gruppo basta ricordare l'importanza del dolore testicolare come sintomo di coliche renali o di lesioni in vicinanza del plesso aortico o renale.

Le lesioni locali che più frequentemente provocano dolori testicolari sono quelle infiammatorie. Nell'epididimite acuta il dolore può essere dei più intensi ed il testicolo essere così squisitamente sensibile che ogni più lieve contatto produce atroci sofferenze. Il dolore è spesso accompagnato da nausea e talvolta anche da vomito. Quando l'affezione è a destra la sintomatologia può simulare l'appendicite, in quanto può esservi dolore anche del funicello e la parete addominale essere rigida in corrispondenza della fossa iliaca.

Quando il dolore è molto violento e non è alleviato dal riposo e dalle applicazioni calde si deve ricorrere alla puntura dell'epididimo gonfio con aspirazione di liquido, o addirittura all'incisione sotto anestesia e seguita da lavaggio con soluzione fisiologica e drenaggio.

È a notare che recenti osservazioni dimostrerebbero che la sterilità è una conseguenza meno frequente delle epididimiti trattate in questo modo.

In contrasto con il dolore intenso dell'orchite acuta è il dolore sordo dovuto all'epididimite cronica, al varicocele, all'idrocele, alle cisti e ai tumori. In questi casi le sofferenze sono meno continue e meno intense. Non esiste alcun rapporto tra il volume della lesione e l'intensità del dolore. Anzi è stato notato che il fastidio è spesso più accentuato quando il varicocele è piccolo.

Quenie ha osservato che sono complicazioni frequenti del varicocele le flebiti e le neuriti, che sono la causa del dolore e dell'eventuale atrofia del testicolo. Certo l'intensità del dolore dipende dal grado di vascolarizzazione del tratto genitale. È sempre aggravato dagli eccessi sessuali mentre è alleviato dal coito normale. È intensificato dalla stipsi e dalla vita sedentaria, mentre è ridotto dal moto moderato e dalla regolarità della defecazione. Di solito i sintomi del varicocele sono più pronunziati negli psicopatici autoosservatori e facilmente esauribili.

Il fatto che il varicocele compare con la pubertà e scompare con la vecchiaia prova che esso è in rapporto con l'attività sessuale. Ciò è confermato anche dalla circostanza che esso scompare con l'atrofia del testicolo in seguito ad orchite parotitica.

Il varicocele per sè non è dolente e il più delle volte non dà alcun sentore della sua esistenza. Provoca fastidi solo quando i genitali si congestionano, specie in seguito ad eccitamenti sessuali insoddisfatti.

Un miglioramento effettivo si ha con il matrimonio, che è perciò sempre consigliabile in questi casi. In mancanza conviene ricorrere al sospensorio che riduce la congestione venosa e previene il progressivo allentamento dei vasi.

D'altra parte occorre tenere regolare l'alveo, evitare gli eccitamenti sessuali, e fare al mattino applicazioni fredde locali seguìte da leggeri esercizi fisici. Bisogna infondere al paziente la persuasione che si tratta di un'affezione senza importanza, senza serie conseguenze e complicazioni e che scompare con l'età.

Gli interventi chirurgici il più delle volte non vengono a capo di nulla, e talvolta aggravano la situazione. DR.

Criptorchismo e sua cura.

(BRUNZEMA. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, fasc. 4, pag. 754, 1929).

Nella Clinica di Kiel, in 20 anni, vennero operati 104 pazienti per criptorchismo. I metodi operatori seguìti sono stati diversi, così che la revisione che viene ora fatta dei risultati lontani, ha importanza per un giudizio sui diversi metodi.

Le complicazioni che sono state osservate sono poco numerose: in un caso una torsione del testicolo e del cordone, un caso solo di epididimite gonococcica ma questo dopo l'intervento.

A differenza di quanto viene ammesso generalmente, la degenerazione neoplastica del testicolo ritenuto o ectopico è rara; di 104 pazienti, solo due presentarono questa complicazione. Anche l'azoospermia non sarebbe la regola.

Nei casi di ritenzione addominale del testicolo, non venne eseguito nessun intervento. Nell'ectopia del testicolo la riposizione di questo nello scroto riesce facilmente perchè il cordone è sempre di lunghezza sufficente.

Nei casi di ritenzione inguinale venne eseguita sempre, tranne in un caso di riposizione manuale, la cura chirurgica. Bisogna intervenire quanto più precocemente è possibile, mai però prima dei 2 anni.

La parte più importante dell'intervento è la mobilizzazione del deferente; non si deve mai arrivare alla sezione di tutti i vasi del cordone perchè la conservazione della sola arteria deferenziale non è sufficente a impedire la necrosi del testicolo. Nei casi in cui il cordone è molto corto val meglio girare l'ostacolo o mettendo il testicolo nell'addome o facendo la trasposizione del cordone all'interno dell'arteria epigastrica.

Compiuta la mobilizzazione, occorre provvedere alla fissazione del testicolo nella sua nuova posizione. La semplice fissazione allo scroto non è stata sufficente a mantenere l'organo nella sede voluta per quanto in alcuni casi sia stata aggiunta la fissazione del deferente al pube.

In 3 casi il testicolo venne fissato con un punto di seta passato attraverso l'albuginea e lo scroto alla faccia interna della coscia; il risultato è buono.

In 24 casi fu usato un metodo simile di estensione fissando i resti del processo vaginale, attraverso una incisione scrotale, alla pelle della faccia interna della coscia; nella metà dei casi il risultato fu ottimo. La fissazione del testicolo e quello dell'altro lato (sinorchidia) ha dato risultati discreti.

La medesima percentuale di successo è stata osservata con il metodo di De Beule (89 %). In questo metodo il testicolo viene fissato all'aponeurosi della coscia suturando poi il margine posteriore dell'incisione scrotale a quello superiore dell'incisione sulla coscia e procedendo analogamente anteriormente. Dopo 6 settimane si seziona la pelle sulla linea di sutura, il testicolo liberato dall'aponeurosi viene ridotto nello scroto e si suturano singolarmente le incisioni scrotale e cutanea.

In 4 casi, per brevità del cordone, fu eseguita una trasposizione preperitoneale, in 3 casi l'emicastrazione.

VALDONI.

Un nuovo metodo di cura del priapismo.

(R. W. MC KAYE COLSTON. *The Journal of Urology*, n. 2, 1928).

Gli AA. partendo dal concetto, che nel vero priapismo persistente, quando duri due giorni o più, si determinano nei corpi cavernosi immancabilmente dei fatti di trombosi, i quali per sè stessi possono mantenere l'erezione; si preoccupano primariamente di liberare il paziente dall'erezione dolorosa, e poi, in secondo tempo, se è possibile scoprire la causa vera, di trattare questa.

Dei vari mezzi usati per calmare l'erezione, i sedativi, i narcotici, ecc. dànno scarso risultato. L'anestesia generale o meglio quella spinale possono dare qualche risultato, purchè non si sia determinata trombosi dei corpi cavernosi. La legatura dell'arteria dorsale del pene, la sezione dei muscoli ischio-cavernosi, dei nervi e delle arterie, se possono portare a volte la cessazione dell'erezione, determinano poi un danno gravissimo al meccanismo neuromuscolare dell'erezione, che questa poi resta irrimediabilmente abolita. A questi mezzi è preferibile l'incisione dei corpi cavernosi e la asportazione dei coaguli, che, s'è fatta delicatamente, riesce poco lesiva. Gli AA. propongono, ed hanno applicato in tre casi, un mezzo più semplice, ugualmente efficace nell'asportazione dei coaguli, ed infinitamente meno lesivo; che consiste nell'aspirazione per mezzo di una siringa con un ago piuttosto grosso dai corpi cavernosi del sangue coagulato e di un lavaggio accurato dei medesimi con soluzione fisiologica. Questa aspirazione si può ripetere due o tre volte in caso di recidiva, senza danno pel paziente. Nel frattempo, se si riesce a stabilire il fattore etiologico, lo si curerà per prevenire le recidive.

V. LOZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Questions cliniques d'actualité. Paris, Masson, 1929.

Questioni di vera attualità sono svolte nelle 18 conferenze ond'è composto questo volume.

Nella prefazione Sergent fa notare che indubbiamente, e senza contestazione, l'insegnamento d'un clinico medico agli studenti deve abbracciare tutte le malattie, ma egli non può seguire il ricco sviluppo d'ogni branca della medicina. Così, mentre egli dimostra agli studenti tutti i casi che la Clinica offre, fa il mercoledì una lezione sulla materia ch'è oggetto dei suoi fini e geniali studi — l'apparato respiratorio e specialmente la tubercolosi — invita un collega della Facoltà o degli Ospedali o un pratico distinto o un professore straniero di passaggio a Parigi a tenere l'altra lezione settimanale del venerdì.

Le attuali 18 conferenze sono le lezioni del venerdì alla Clinica del prof. Sergent nel 1926-27. Egli promette — e ci auguriamo che secondino i fatti — che questa prima serie avrà la continuazione in volumi annuali successivi.

Gli autori infatti dànno prova della loro competenza nella materia che trattano; gli argomenti sono svariati e interessanti.

BABONNEIX sulla diagnosi della paralisi infantile;

BENDA sulla bronchite cronica sifilitica;

BORDET sulla miocardia;

CASTEX sul diabete renale;

DESCAMPS sulla chirurgia nella terapia delle sindromi basedoviane;

DURAND sul virus filtrante tubercolare;

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Mignot sulle asciti cirrotiche curabili;
Rousseau sulla cura del diabete mellito;
Sergent sull'indipendenza cinematica dei lobi polmonari.

Ecco l'esemplificazione: basta invero ad attrarre l'attenzione sulla felice iniziativa del prof. Sergent e sull'interesse che desta il volume pubblicato con la consueta correttezza, ed anche con eleganza, dalla Casa Masson.

V. Ascoli.

A. Beretta. *Elementi di Odontoiatria e Protesi dentaria.* IV edizione, Bologna, L. Cappelli editore, 1929. L. 36.

Il medico moderno ha il dovere di interessarsi della interdipendenza fra fisio-patologia orale ed organismo; deve saper calmare un dolor di denti previa esatta diagnosi di una carie dentale; deve liberarsi della confusa concezione della « piorrea alveolare » per tentare di riconoscervi entità morbose distinte; deve, fin dall'inizio di una frattura dei mascellari, apportare una utile opera chirurgica e tecnica, o, per lo meno, non nuocere. Bene opportuna, dunque, riesce questa nuova edizione, aggiornata ed illustrata da oltre 150 figure, delle lezioni del corso istituzionale tenute nell'Ateneo di Bologna dal prof. Beretta e raccolte dal Gottardi, che avrà senza meno il successo che arrise alle precedenti edizioni, sia per la forma chiara e concisa, sia perchè il medico chirurgo generico e lo studente in medicina vi troveranno quella sufficiente istruzione intorno agli elementi della specialità che potrà metterli in grado di porgere la loro assistenza, in mancanza di uno specialista, nei casi più comuni ed urgenti.

A. Piperno.

Abderhalden E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IV, Teil 6, Heft. 4. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1928.

In questo fascicolo che fa parte della sezione di ricerche cliniche e fisiche sono trattati i seguenti argomenti: la determinazione del contenuto della cistifellea nel cane, per opera di Saidman di Varsavia; i metodi di nutrizione artificiale per opera di Chrometzko di Kiel, la tecnica delle ricerche radiologiche del canale gastro-intestinale per opera di David di Francoforte; i metodi di ricerca nello stomaco dei ruminanti per opera di Mangold di Berlino. Di particolare interesse per i medici sono i due capitoli sulla nutrizione artificiale racchiudente tutte le indicazioni sulle varie sostanze da usare nelle somministrazioni per clistere, e sul loro rispettivo contenuto in calorie, ed il capitolo sulla esplorazione radiologica dello stomaco e dell'intestino. con utili e nuovi dettagli di tecnica.

Tr

Id. *Ibid.*, Abt. V, Teil 5. B, Heft. 5, 1928.

Gli argomenti contenuti in questo fascicolo riguardano soltanto l'esame delle funzioni del sistema nervoso; comprende un capitolo sugli studi neurobiologici nel feto umano, per opera del Minkowski di Zurigo, ed un capitolo sui metodi di ricerca dei riflessi nell'uomo per opera del Böhme di Bochum.

Gli argomenti svolti con particolare competenza dagli autori e con il contributo di tutte le più recenti acquisizioni sono di interesse ed utilità non solo per i neurologi quanto per i medici tutti.

Tr.

Id. *Ibid.* Abt. V, Teil. 9, Heft. 1 e 2, 1928-29.

I due primi fascicoli della 9ª parte della sezione V riguardano alcune delle più importanti prove funzionali: e sono quindi di speciale interesse per gli studi clinici. Il Gerhartz di Bonn tratta nel primo fascicolo delle prove funzionali del respiro e della circolazione, e come è piano di tutta l'opera, alla descrizione dei vari apparecchi in uso, segue l'esposizione dettagliata della tecnica da impiegare ed i risultati che si ottengono nelle varie condizioni morbose. Nel secondo fascicolo il Lepehne di Könisberga espone tutti i metodi dell'esame funzionale del fegato e l'Horsters di Halle i metodi per lo studio del ricambio intermediario.

Tr

Oeuvres de Pasteur. Vol. V. *Etudes sur la bière.* Un vol. in-8°, di 361 pag., 85 fig. e 12 tavole. Masson et C.ie, ed, Paris, 1928.

Questo V volume delle opere del grande biologo è dedicato ai suoi studi sulla birra ed alla sua teoria della fermentazione.

Nella prima parte, è riprodotta integralmente l'opera sulla birra, sulle sue malattie, le cause che la provocano, il processo per renderla inalterabile. Pasteur vi dimostra che tali malattie sono dovute allo sviluppo di microorganismi portati dalla polvere o diffusi sugli oggetti usati; nozione che sembra oggi banale, ma che nel 1873 soltanto un genio come Pasteur potè assodare. Egli dovette allora combattere i troppo ostinati assertori della generazione spontanea, dimostrando luminosamente con precise esperienze la fondatezza della sua scoperta.

Le altre due parti contengono altri studi sullo stesso argomento. Ma pure avendo un grande significato pratico (la pastorizzazione della birra e l'asepsi nella sua fabbricazione rappresenta un enorme guadagno per l'industria) questi lavori di Pasteur hanno anche un alto interesse generale, trovandovisi una veduta sintetica sulla dottrina della non spontaneità dei germi e delle fermentazioni, che gettano una viva luce sulla patologia umana.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 31 maggio 1929.

Presidenza: Prof. DIONISIO.

Ricerche comparative sulla neoformazione ossea negli innesti auto ed omoplastici di periostio e di osso giovane.

Dott. POLACCO. — L'O. dimostra che il tessuto osteogeno di animali adulti risente dunque assai più che il tessuto osseo di recente formazione lo stimolo dell'accrescimento cagionato dal trapianto e la vita del tessuto osseo giovane trapianto è più breve di quella del tessuto osseo nato in sede di trapianto del periostio. Infine il tessuto osseo giovane nell'innesto omoplastico ha minor durata di vita di quello formato nell'innesto omoplastico del periostio.

Voluminoso granuloma lipofagico del grande omento.

Dott. A. MIDANA. — L'O. descrive un caso che va ascritto al gruppo dei granulomi lipofagici speciali neoplasmi che sia per decorso che per il reperto macro- o microscopico sono stati messi in relazione con la necrosi del tessuto adiposo e con i processi produttivi a questa seguìti.

L'esame istologico dello pseudo tumore stato asportato da una donna di 72 anni, 50 giorni dopo che era stata operata di resezione del grande epiploon per ernia strozzata dimostrò trattarsi di un tipico granuloma lipofagico del grande omento, ricco di cellule giganti polinucleate e di elementi epitelioidi, originato dalla necrosi del tessuto adiposo dell'omento incarcerato nel sacco erniario e parzialmente resecato prima della riposizione del viscere in cavità.

Ricerche sui fattori della reazione di Jarisch-Herxheimer.

Prof. BIZZOZZERO E. — A tal uopo ha istituito un confronto tra il comportamento di fronte agli antiluetici della roseola luetica e quello delle chiazze eritematose prodotte in individui non sifilitici coi raggi ultra-violetti ed è giunto ai seguenti risultati:

1) le chiazze di eritema da raggi ultra-violetti, a differenza di quelle della roseola luetica, non reagiscono per nulla al mercurio, sia applicato localmente sotto forma di pomata assai diluito, sia somministrato per via endomuscolare ad alte dosi (sublimato);

2) le chiazze eritematose ed i noduli eritematosi provocati con iniezioni intradermiche di Loutest, poste in contatto con unguento mercuriale, non dànno luogo alla più piccola reazione per cui si può concludere che la reazione di Jarisch-Herxheimer è dovuta all'azione del mercurio sul treponema;

3) le chiazze eritematose da raggi ultra-violetti reagiscono alle iniezioni di arsenobenzoli con un'accentuazione del colorito, per cui si deduce che all'insorgente della reazione di Jarisch-Herxheimer da arsenobenzoli concorrono due fattori: l'azione treponemicida del rimedio e la sua azione vasodilatatrice.

Della proteino terapia aspecifica nella lue recente.

Prof. BENUCCI F. — È stata usata come proteina il latte *in toto* a dosi piuttosto elevate iniettato intramuscolarmente: si sono ottenute notevoli elevazioni termiche ed effetti ottimi nelle forme secondarie, sopratutto sulle placche mucose e meno buoni nelle forme primarie. Eguale risultato si è ottenuto usando iniezioni endovenose di streptovaccino di Nicolle. Risultati nulli ha invece dato il latte usato a piccole dosi.

Associazione Medica Triestina.

XXIII adunanza scientifica del 19 aprile 1929-VII.

Presidente: Dott. A. COFLER.

Recenti teorie sulla formazione di calcoli nelle vie biliari.

Dott. CATOLLA-CAVALCANTI. — L'O. espone le varie teorie sulla patogenesi dei calcoli biliari, le quali tutte — in discordanza fra loro però — danno importanza o alla stasi o all'infezione come fattori assolutamente necessari per la formazione dei calcoli.

Stasi e infezione avrebbero quasi sempre sede nella cistifellea e perciò nell'intervento chirurgico in caso di calcolosi sarebbe errore (come si esprime il Kehr) allontanare i calcoli senza asportare l'organo che li produce.

L'O. passa quindi ad esaminare la teoria del Boysen e si sofferma in modo particolare su quella del Rovsing, secondo la quale, nè la stasi, nè l'infezione avrebbero importanza patogenetica per la calcolosi e secondo la prima origine dei concrementi sarebbe sempre intraepatica (calcoli di pigmento). Solo secondariamente questi calcoli di pigmento (che costituiscono il nucleo di tutti i calcoli) emigrerebbero nella cistifellea, dove darebbero origine all'ulteriore sviluppo delle pietre. Stasi e infezione sarebbero la conseguenza, non già la causa della formazione dei calcoli.

Secondo l'O. questa teoria del Rovsing, che è frutto di attenta osservazione clinica di oltre 30 anni e che si vale per le sue conclusioni non solo dello studio del malato e a letto e al tavolo operatorio, ma è sussidiata dai reperti anatomo-patologici e di laboratorio, merita di essere presa nella più seria considerazione anche per il fatto che da essa si possono trarre importanti conseguenze pratiche. Se quanto asserito dal Rovsing corrisponde alla realtà delle cose, nella calcolosi della cistifellea si devono puramente e semplicemente allontanare i calcoli e non già la vescichetta, allo stesso modo che in una calcolosi renale vanno allontanati i calcoli e non il rene che li ospita.

Non si può certo paragonare la cistifellea ad un rene, ma d'altro canto non si deve ignorare come anche quest'organo abbia fisiologicamente la sua importanza (concentrazione della bile e regolazione del suo deflusso) e come la sua asportazione non sia senza conseguenze per l'intero organismo.

La colecistografia.

Dott. GIORGIO GORTAN. — Dopo avere accennato a tutti i tentativi fatti precedentemente all'èra colecistografica, per esaminare gli organi addominali

con i raggi X e specialmente la regione epatica, l'O. presenta un radiogramma di calcoli biliari contenenti sali di calcio e che perciò sono visibili anche senza la colecistografia. Egli fa quindi la storia dell'esame colecistografico con il metodo del Graham ricordando il metodo degli autori italiani Sabatini e Milani e la relazione tenuta al Congresso radiologico di Trieste dal prof. Pasquale Tandoia. Accenna brevemente agli autori più importanti che si occuparono del metodo nuovo. Egli riassume quindi in brevi cenni l'anatomia, la topografia e la fisiologia della cistifellea, citando varie teorie fra cui anche quelle corroborate dall'esame colecistografico funzionale. Ricorda le affezioni più importanti dell'organo in parola e passa poi a parlare del metodo in particolare. Descrive il mezzo di contrasto generalmente adottato ed il metodo di introdurlo nel corpo. Accenna ai pro e contro delle varie vie d'introduzione e ricorda gli ultimi ritrovati ancora in via di esperimento. Fa quindi un quadro conciso ma esatto sulla preparazione dell'ammalato e sul corso dell'esame che egli ritiene il più appropriato. Espone poscia tutti i vantaggi e gli apporti che il nuovo metodo d'indagine radiologica ha arrecato sinora alla diagnosi nelle affezioni della cistifellea. Da ultimo presenta le radiografie di casi scelti fra i più dimostrativi e che egli ebbe occasione di esaminare negli ultimi tre anni. Conclude affermando che la colecistografia, se anche per ora non scevra di errori e poco sicura per la tecnica ancora poco perfezionata, potrà in poco tempo svilupparsi talmente da occupare in breve un posto preminente fra i pochi metodi che oggi contribuiscono alla diagnosi delle affezioni della cistifellea.

Il dott. MANN presenta il radiogramma di un caso di colelitiasi esaminato nel 1912, nel quale senza mezzi di contrasto si vede alla perfezione un calcolo grande come una noce, estratto poi con l'intervento operativo.

Riguardo all'opinione del Rovsing che la colecistectomia riesca dannosa agli operati, il dott. Mann afferma di avere in osservazione parecchi malati, nei quali non si notò alcuna conseguenza spiacevole, neanche mediata. L'anacloridria è un reperto così frequente nei casi di calcolosi biliare che non si può riconoscere alcun significato speciale, quando sia rinvenuta nei colecistectomizzati.

Il Segretario: E. RONCALLI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 26 aprile 1929.

Presiede il prof. BERTINO, presidente.

La splenocontrattilità adrenalinica nella pratica clinica.

Prof. V. SCIMONE. — L'O. dopo aver sistematicamente esposto i vari usi che in clinica si può fare della prova adrenalinica valutando anche quanto da tale prova ci si può aspettare sia nel campo diagnostico che nel campo terapeutico, conclude:

La splenocontrattilità adrenalinica colle sue conseguenze sulla riduzione di volume dell'organo, sulla crasi sanguigna, sulla resistenza globulare è oggi acquisizione sperimentale e clinica. La sua utilizzazione nel campo diagnostico date le limitazioni all'interpretazione dei risultati, la indaginosità talora della ricerca (pneumo-peritoneo) le controindicazioni su esposte, non può che essere riservata a casi particolari.

L'uso della adrenalina per la diagnosi di malaria latente, specie nelle forme in cui la milza non ha subito tali trasformazioni istologiche per cui mantiene la sua contrattilità, può dare risultati soddisfacenti.

Nella terapia della malaria e degli iposurrenalismi da malaria è opportuno associare l'adrenalina alla cura chininica.

La prova dell'adrenalina per la diagnosi di sepsi criptogenetiche è utilizzabile quando la possibilità dell'immissione in circolo i microorganismi ristagnanti nella milza non possa compromettere il decorso della forma.

La possibilità di rottura della milza, di cisti o di accessi in essa contenuti, di emorragie che potessero seguire alla violenta espulsione di grande quantità di sangue attraverso un circolo collaterale repleto od insufficiente, è nozione da tener presente e valutare nel praticare la prova adrenalinica.

Nel campo terapeutico, l'uso dell'adrenalina si è dimostrato utile e se ne può conservare l'indicazione nei casi di splenomegalia in cui si possa pensare ad un'atonia dell'organo con conseguenti alterazioni circolatorie e se ne può concepire la utilizzazione sotto forma di splenectomia funzionale in quelle forme morbose mantenute dall'azione emocatatonica esagerata dalla milza su grandi quantità di sangue in essa ristagnanti.

Prof. SIMON. — Conviene pienamente col prof. SCIMONI circa la scarsa attendibilità della linfocitosi come prova della contrattura della milza in seguito ad iniezione di adrenalina perchè è dimostrato che alcuni farmaci (glicerina, cacodilato di sodio, metarsolo) pei quali fino ad ora non si può affacciare alcuna azione sulla milza, iniettati sotto la cute o nelle vene producono negli animali una notevole, duratura linfocitosi.

Dott. LUISADA. — Ricorda che da studi di vari AA. si è voluto distinguere l'azione della adrenalina sulla milza da quella su altri organi linfatici, basandosi sulle variazioni della formula sanguigna. Per quanto riguarda la terapia accenna a ricerche in corso insieme al dott. DALLA PALMA che mostrano una azione della coramina sulla milza.

Dott. BOSCOLO-BRAGADIN. — Ha usato 1 mill. di adrenalina assieme ad un grammo di chinino per iniez. ipod. endo-musc. in un battaglione di Toscani alle foci del Brenta durante la primavera del 16; quando dovevano essere trasportati nell'ospedale 6, 10 malati al giorno. La iniezione si faceva appena cessata la febbre. Da quel giorno non si inviavano più malati malarici all'ospedale.

Dott. PELLEGRINI. — Ricorda la leucotosi e l'adrenalinemia asfittica; il riattivarsi di processi malarici latenti da 4 anni in regione splenica; chiede se possano essere utilizzate le iniezioni di adrenalina per provocare una reazione W. positiva in luetico analogamente a quanto si fa con la iniezione di neosalvarsan (metodo di Herxheimen).

Prof. TRUFFI. — La riattivazione della reazione di Wassermann coll'uso particolarmente di preparati salvarsanici sembra in questi ultimi tempi aver perso molto del suo valore. Anche l'adrenalina è stata, per analogia colla azione da essa dimostrata nella malaria, usata come provocatrice della R. W. ma i risultati ottenuti non sono stati incoraggianti, si che l'uso ne è stato abbandonato.

5 anni di autosputo – terapia per uso esterno.

Dott. BOSCOLO-BRAGADIN. — L'O. riferisce di una serie di casi di tubercolosi polmonare trattati con l'autosputovaccino e dà una larga statistica per cui avrebbe osservata la guarigione clinica in 32,65 % di casi di forme tubercolari.

Sulla tubercolosi perlacea sperimentale della pleura.

Dott. G. ZANETTI. — La forma perlacea delle sierose, frequente nei bruti, è stata illustrata dall'O. in precedenti lavori anche nell'uomo.

Usando ceppi di bacilli tubercolari umani attenuati l'O. è riuscito ad ottenere nel cane e nel coniglio detta forma mediante instillazione nelle cavità pleuriche di tenui emulsioni del virus in mestruo indifferente. Egli ha così potuto dimostrare che, sotto speciali cautele sperimentali, l'attecchimento apposizionale del virus tubercolare su di una sierosa, può condurre ad un reperto, nei riguardi macroscopici, assimilabile alla varietà perlacea. Le produzioni granulomatose che si ottengono sono peduncolate, ed in parte clavate, a mo' di polipi e risultano al microscopio costituite da tessuto ben provvisto di vasi sanguigni in partenza dai sottosierosi, in disaccordo con l'opinione dominante che fa del tubercolo in generale una neoformazione povera di vasi propri. Alla sua costituzione partecipa nella prima fase, attivamente, l'epitelio pleurico che cede poi il terreno alla proliferazione mesenchimale.

Prof. CAGNETTO. — La dimostrazione data dal dott. ZANETTI delle condizioni necessarie acchè si sviluppi la tubercolosi perlacea della sierosa è un fatto nuovo, che non fu sino ad ora argomento di ricerca perchè la forma perlacea devesi considerare nell'uomo come eccezionale. La tubercolosi perlacea è quindi una forma apposizionale classica: ma perchè insorga è indispensabile che il virus tubercolare che contagia la sierosa sia in quantità scarsa e in uno stato di alternazione. In mancanza di queste condizioni o insorge la forma essudativa o la miliarica banale.

Considerazione su di un caso di cistite banale in un tubercoloso.

Dott. MALTESE LE ROY. — L'O. descrive un caso di cistite grave datante da 20 anni, ribelle a tutte le cure praticate antecedentemente.

Condizioni del paziente molto cattive. L'O. ha creduto in primo tempo ad una forma di tubercolosi renale, però modifica la sua ipotesi in seguito alla cistoscopià ed ha il sospetto si tratti di una cistite banale.

Pratica a giorni alterni delle instillazioni di $AgNO_3$ al due per cento (50 cmc. alla volta) precedute dal lavaggio della vescica con una soluzione di ossicianuro di mercurio all'uno per mille. Quarantacinque giorni dopo l'inizio della cura l'ammalato è completamente guarito.

E l'O. fa osservare:

1) il caso relativamente frequente in cui una malattia banale può colpire l'apparato urinario di un tubercoloso;

2) il potente mezzo terapeutico nel nitrato d'argento in soluzione al 2 % per guarire del tutto ed in breve tempo cistiti gravi e tenaci.

Ricerche sopra la reazione di Dick.

Dott. HALFER. — L'O. ha studiato la reazione di Dick e la pseudoreazione in 108 bambini sani ed in 76 ammalati da malattie varie.

Ne ha esaminato in particolare il comportamento della reazione nei bambini tubercolotici ed in quelli con scarlattina in atto.

Dai risultati ottenuti trae le seguenti conclusioni:

1) i lattanti sotto i sei mesi per l'immunità congenita reagiscono negativamente alla reazione di Dick;

2) la recettività massima per la scarlattina si osserva tra i 2-7 anni;

3) le malattie acute in atto non modificano la reazione di Dick;

4) nell'infezione tubercolare la cute reagisce intensamente verso la tossina dello streptococco emolitico;

5) durante l'esantema scarlattinoso la reazione di Dick è costantemente positiva, però di modico grado.

Il Segretario: V. S.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 7 aprile 1929.

Presidenza: prof. S. SOLIERI.

Perforazione intestinale da spina di pesce.

SILVESTRINI L. (Rimini). — L'O. riferisce il caso di una donna che egli operò per peritonite saccata acuta purulenta da perforazione di un'ansa intestinale dovuta ad una spina di pesce.

Sul ginocchio a scatto.

SILVESTRINI L. (Rimini). — L'O. riferisce di avere osservato e felicemente operato un ginocchio a scatto dovuto ad ipertrofia della borsa della zampa d'oca di sinistra che in quel caso comunicava coll'altra borsa, essa pure ipertrofica, esistente tra il piano superficiale e quello profondo dei tendini componenti la zampa d'oca. Illustra il meccanismo di produzione dello scatto, le cause più comuni ed infine il trattamento chirurgico da preferirsi.

Su una speciale forma di congiuntivite sovente complicata da irritazione e disepitelizzazione corneale per vapori di viscosa.

SANTONOCETO O. (Forlì). — Osserva che contrariamente alle affermazioni della dott. Klein di Strasburgo, anche in Italia, in precedenza a quel-

le da lei pubblicate, erano comparse le sue osservazioni su questi casi che si riscontrano nelle fabbriche di seta artificiale. Egli non condivide l'opinione della Klein, che l'irritazione e chemosi congiuntivale e l'edema e disepitelizzazione corneale che si manifestano nei filatori d'improvviso, sia durante il lavoro, sia lontano dall'officina, e sempre accompagnati da violentissimi dolori, sian dovuti a trasporto di soluzione coagulante negli occhi con le mani: crede invece che sian dovuti all'azione di anidridi solforose e solforiche che si liberano dalle bacinelle durante la coagulazione della viscosa.

Ed in questo egli è d'accordo con lo Strebel, che per primo ha descritto questa forma oculare.

Non crede che occhiali protettivi risolverebbero il problema della profilassi poichè i gas dannosi per l'occhio, lo sono anche per l'organismo che ne subisce anche lui le conseguenze: infatti gli operai colpiti dai gas presentano pallore speciale, hanno l'alito puzzolente in modo caratteristico, si lagnano di dolori allo stomaco e inappetenza. Occorrerebbe allora una maschera contro i gas velenosi come quelle che si portavano in guerra.

Egli ha inoltre ricercato gli eosinofili nel secreto congiuntivale di questi pazienti e la ricerca è stata positiva una volta solamente su dieci esami.

Raccolta sierosa subfrenica di origine traumatica.

Giugni F. e Benazzi E. (Lugo). — Gli OO. illustrano un caso clinico in cui fu potuto determinare la presenza di una raccolta liquida siero-emotica, incistata tra i foglietti della sierosa sottodiaframmatica. Si trattava di un giovane di 22 anni che in seguito a un forte trauma al fianco destro aveva presentato una sintomatologia dolorosa riferentesi per i dati soggettivi non solo a lesione della pleura basilare destra, ma anche a risentimento peritoneale subfrenico. Ebbe febbre che durò per 3 mesi molto elevata. I numerosi esami radiologici mostrarono una sopraelevazione della cupola diaframmatica destra che era immobile nelle fasi del respiro e conservava la sua forma rotondeggiante, come fosse spinta in alto da una pressione sottostante, e non trattenuta da aderenze pleuriche. La pleura infatti risultava sana. Non appariva nell'immagine radiografica la zona chiara semilunare attestante presenza di gas.

Una puntura esplorativa attraverso i foglietti pleurici e il diaframma diede esito a liquido sieroso raccolto tra i foglietti subfrenici.

Casi famigliari di calcolosi renale.

Savorini G. (Lugo). — L'O. espone la storia di una famiglia composta di 6 fratelli, dei quali 4 hanno sofferto per lunghi anni, in un dato periodo della loro vita, di attacchi di calcolosi renale con emissione ripetute di calcoli di acido urico. La madre loro soffrì di calcolosi epatica. Una figlia di uno di questi soggetti ha presentato recentemente attacchi di colica renale.

Su di un caso di pseudotubercolosi da spirocheta bronchiale del Castellani.

Ghetti G. (Faenza). — L'O. illustra un caso di una malata affetta da bronchite cronica coi caratteri similari a quelli della tubercolosi polmonare, in cui l'esame microscopico ripetuto dell'espettorato non rivelò mai il bacillo di Koch, nè i caratteri della micosi polmonare.

Eseguito dopo molti mesi l'esame dello sputo per la ricerca della spirocheta, si trovarono numerose spirocheta bronchiale del Castellani, di cui ne descrive la forma e le caratteristiche biologiche.

La cura con Stovarsolo per os con gli arsenobenzoli per via endovenosa portarono a guarigione la malata.

L'O. ne trae la conclusione che in casi consimili a reperto negativo per il bacillo di Koch, occorre sempre pensare alle malattie da protozoi.

Nevralgia del n. mediano da processo sopraepitrocleare.

Solieri S. (Forlì). — L'O. richiamati gli elementi di anatomia umana e comparata da cui emerge essere il processo sopraepitrocleare una manifestazione degenerativa reversivo-ereditaria, illustra una osservazione clinica, forse unica, in cui il processo sopraepitrocleare per i suoi rapporti col n. mediano aveva dato luogo ad una nevralgia così intensa e ribelle da richiedere un intervento chirurgico diretto e demolire il processo sopraepitrocleare stesso. Avendo fatto la resezione sottoperiostale del processo, si ebbe rigenerazione parziale di esso e ripetizione di dolori nevralgici. In base a tale esperienza ed ai rilievi di anatomia chirurgica della regione indica la tecnica utile per ottenere un risultato completo e definitivo.

Il Segretario: dott. Paolo Galli.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 6 giugno 1929 - VII.

Presidenza: prof. B. De Vecchi.

Su alcuni quadri bronco-polmonari della recente epidemia grippale.

Terenzani dott. A. — Nelle frequenti complicanze broncopolmonari della passata epidemia furono osservati dei casi per i quali merita una breve annotazione.

Si sono osservate forme ad evoluzione protratta anche per più mesi con febbricola ostinata o senza febbre ma con persistenza dei segni clinici.

Si sono vedute forme a inizio rapidissimo con la comparsa dei segni influenzali: si sono vedute forme abortive e forme completamente mute dal lato subiettivo. Le complicanze pleuriche furono molto frequenti: qualche volta dopo alcuni giorni si è avuto la ripresa del processo in *situ*. Lesioni tubercolari preesistenti non hanno manifestato un peggioramento al seguito della forma acuta polmonare nè un risveglio quelle quiescenti.

P. M. N.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il significato clinico dell'anacloridria primitiva.

Schneider et Carey (*Journal of the Am. Med. Ass.*, n. 23, 1928) in base all'osservazione di 93 casi di anacloridria, giungono alla conclusione che esiste una anacloridria secondaria o sintomatica ed una anacloridria primitiva.

Numerose sono le cause della prima (cancri gastrici, colecistiti, sifilide gastrica, infezioni bucco-faringee ed infine alcune affezioni d'ordine allergico, come la cefalea ed alcune dermatosi).

Gli AA. però si sono soffermati maggiormente sui casi di anacloridria primitiva in special modo per vedere i suoi rapporti con l'anemia perniciosa criptogenetica.

Per affermare però l'anacloridria, deve esserci assenza completa di acido cloridrico nel contenuto gastrico, anche dopo l'iniezione di istamina.

Per spiegare questa anacloridria, è stata invocata un'atrofia ghiandolare, un'insufficienza funzionale delle ghiandole in rapporto con modificazioni d'ordine nervoso, infine l'esistenza di una gastrite infiammatoria. Secondo gli AA. occorre che intervenga un disturbo funzionale perchè si possa mettere in evidenza una lesione anatomica.

E poichè i reperti istologici sono sempre negativi, è probabile che si tratti di uno strato distrofico costituzionale, sul quale ha grande importanza l'elemento famigliare ed ereditario.

In 51 malati con anacloridria primitiva, gli AA. in 6 hanno trovato l'anacloridria e l'anemia perniciosa, nella quale l'achillia è sempre costante.

D'altra parte su 112 malati di anemia perniciosa, l'inchiesta famigliare ed ereditaria permise di constatare in 6 di essi l'anacloridria negli ascendenti e nei collaterali.

Alcune osservazioni fatte inoltre in soggetti giovani, hanno dimostrato l'esistenza di una anacloridria primitiva datante da parecchi anni e senza che si fosse sviluppata un'anemia perniciosa.

In conclusione perciò, nella pratica, quando un individuo presenta un'anacloridria primitiva, specie se questa ha un carattere famigliare ed ereditario, bisogna sempre temere la possibilità della comparsa di un'anemia perniciosa, e ripetere spesso gli esami ematologici.

A. P.

I rilievi della mucosa gastrica allo schermo radiologico.

H. Chaoul (*D. Zeit. f. Chir.*, vol. 214, fasc. 6) ricorda gli studi degli anatomici e dei patologi sulla disposizione delle pliche della mucosa gastrica e come, secondo l'opinione di Aschoff e altri, la disposizione che vediamo nel cadavere non corrisponde a quanto si ha nel vivente, giacchè alterazioni nella disposizione e forma compaiono assai precocemente dopo la morte.

Lo studio di queste è invece di una certa importanza non solo dal punto di vista teorico come indicazione della funzione motoria dello stomaco, ma anche dal punto di vista pratico della diagnosi delle affezioni gastriche, come appare dall'articolo.

L'A., per l'osservazione, pone l'ammalato prono, con un cuscinetto di gomma sotto l'epigastrio, cuscinetto che si può rigonfiare con l'insufflazione. Egli riporta solo osservazioni radiografiche. Il p. riceve un pasto opaco in cui al solfato di bario aggiunge sostanze gommose e dopo l'esame col metodo usuale spreme il pasto dallo stomaco in modo che rimangano visibili solo le strie. La loro disposizione che è uniforme in tutti gli stomaci normali e segue la direzione longitudinale, muta notevolmente, insieme all'aspetto e forma nel cancro (anche di piccole dimensioni), nelle ulceri (anche se cicatrizzate completamente, giacchè hanno allora una disposizione raggiata) e nella gastrite atrofica. L'A. espone come in un paziente, la cui diagnosi era dubbia, potè fare così diagnosi precise, anche come sede confermata all'atto operatorio.

V. GHIRON.

CASISTICA.

Endocardite maligna prolungata con aneurisma dell'avambraccio.

L'endocardite maligna prolungata — malattia di Iaccoud-Osler — è stata oggetto di numerose pubblicazioni specialmente in questi ultimi anni. Ben noti sono i caratteri principali dei tumori aneurismatici, che si sviluppano sia a carico delle arterie profonde che di quelle degli arti. Molto però si è discusso circa il modo della loro formazione e mai, secondo R. Soupault, R. A. Gutmann, P. Rouché e R. Jahiel (*La Presse médicale*, n. 15, 1929), è stata fatta una prova locale della natura infettiva di tali aneurismi. Di qui l'importanza del caso illustrato.

Trattasi di un uomo, trentenne, che improvvisamente è stato colto da senso di pesantezza, formicolio e crampi all'arto sup. d. Dopo circa un mese comparsa di un aneurisma al disotto della piega del gomito.

Nell'anamnesi si rileva un r. a. a. con endocardite, di cui il p. ha sofferto due anni innanzi. Nuova crisi — è la crisi attuale — nell'anno successivo con endocardite maligna ad evoluzione lenta, cui è seguìto l'aneurisma dell'avambraccio. Di sei emoculture, praticate nell'acme della febbre, una sola è positiva e dà allo stato puro lo *streptococcus viridans*.

In anestesia tronculare del plesso brachiale viene praticata l'asportazione della sacca aneurismatica, che è a pareti friabilissime.

Nella sacca non si rinvengono coaguli, ma semplicemente depositi fibrinosi. L'esame istologico fa rilevare che la parete, fibrosa, è completamente infiltrata di sangue e in qualche punto presenta un'abbondanza e una confluenza di polinucleari *equivalente a una vera suppurazione locale.* L'esame batteriologico dà cultura negativa per il prodotto di *grattage* dell'endoarteria; un frammento della sacca invece fa facilmente e rapidamente sviluppare lo *streptococcus viridans* identico a quello coltivato dal sangue. Questa identità e questa facilità della cultura possono appunto essere un elemento importante per spiegare la patogenesi di tali tumori.

C. GIACOBBE.

La fase terminale delle endocarditi croniche.

Dumas, R. Froment e Mercier (*Lyon médical*, 15 aprile 1928) hanno studiato la fine delle endocarditi mitrali in 40 individui.

Essi hanno osservato nell'eziologia che è frequente l'assenza di attacchi reumatici antecedenti. Non è improbabile che spesso si siano avute soltanto delle amigdaliti banali: il medico, in tale occasione vede il malato per una-due volte e l'endocardite successiva gli sfugge. Sarebbe invece opportuno rivedere questi malati e probabilmente non sarebbe raro il ritrovare, qualche giorno dopo la guarigione, un soffio di endocardite, che non esisteva dapprima.

Gli AA. citati hanno osservato, nei loro 40 casi, 9 volte l'ipertensione arteriosa. È questa una complicazione frequente che finisce poi con dare degli accidenti di insufficienza ventricolare sinistra.

Negli individui abbastanza avanzati nell'età, si osserva uno stato cachettico, che sarebbe dovuto, secondo gli AA. all'abbassamento della pressione arteriosa; probabilmente però la cachessia è dovuta invece ad altre cause, specialmente a lesioni cerebrali.

Alcuni mitralici finiscono con un'emiplegia; in tal caso, l'affezione cardiaca passa in seconda linea, sicchè le dosi di digitalina possono essere di molto ridotte. Alle volte, l'immobilizzazione a cui sono così costretti i malati induce un miglioramento nelle condizioni cardiache, ma non sempre, come in un caso degli AA. di una donna con cardiopatia mitrale, in cui gli accidenti asistolici sono continuati malgrado la sopravvenuta emiplegia.

Si possono avere delle tachicardie e tachiaritmie, che si inscrivono come tachicardie ventricolari premonitorie della fibrillazione.

Fra i casi degli AA., un malato fu affetto da endocardite evolutiva reumatica e due altri presentarono un'endocardite infettiva innestatasi sull'endocardite anteriore.

fil.

Contributo alla batteriologia della bile e della vescichetta biliare.

Mestitz e Rittner (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 153, pag. 145) hanno eseguito ricerche batteriologiche sulla bile e sulla parete della cistifellea in 80 casi di colecistectomia.

Nel 22,50 % dei casi ebbero un reperto negativo tanto nella bile che nella cistifellea, mentre le lesioni anatomo-patologiche erano in alcuni casi molto evidenti.

La bile si è dimostrata sterile nel 65,7 % dei casi, nel 17 % conteneva il B. coli, nel 2,9 % lo stafilococco, nell'8,6 % lo streptococco. Una volta fu trovato il tifico, una volta il paratifo B.

I risultati osservati con l'insemenzamento di pezzetti di mucosa della cistifellea sono presso a poco identici.

I dati batteriologici osservati sono importanti se si confrontano con quelli di AA. precedenti che avevano trovato il 100 % di reperti positivi con grande predominio del B. coli, dati che rappresentavano un valido appoggio alla teoria batterica di tutte le colecistiti.

VALDONI.

Dispepsia da malattie della cistifellea.

Dowling (*Journ. of Am. Med. Ass.*, n. 1, 1929) studia i rapporti tra dispepsia e cistifellea concludendo che quest'ultima è la causa più frequente della dispepsia, che la dispepsia provoca più spesso malessere generale che dolore acuto, che gli acidi gastrici sono scarsi e l'ipercloridria manca sempre nei pazienti di colecistite.

La percentuale delle operazioni è oggi assai bassa (33 %), la mortalità ridotta al 2 %-5 %, ma più elevata (40 %) in presenza di complicazioni.

Nelle colecistiti croniche, è indicata una prudente cura medica. V. SERRA.

Difficoltà diagnostiche della paralisi facciale periferica otitica.

Osservano Bertein e Sergnon (*Revue d'oto-neuro-ophtalm.*, 1929, n. 1, e *Revue médicale*, 4 apr. 1929), che la tumefazione infiammatoria del ganglio genicolato nella zona, può farsi risentire sul tronco motore vicino, determinando la paralisi e, contemporaneamente, infettare per contatto la mucosa timpanica, per la deiscenza del canale del Falloppio, in una dilatazione del quale è contenuto il ganglio. Si trova così realizzata un'otite media zostriana, del tutto diversa come origine dall'otite tubaria, alla quale però si avvicina clinicamente.

L'arrossamento del timpano in un individuo con emiplegia facciale può esistere anche senza che vi sia una infezione sottogiacente. Le cavità della rocca ed il timpano hanno un sistema vaso-motore molto sviluppato; per influenza di cause diverse, la cassa e la membrana si

iperemizzano ed il nervo può subire gli effetti della mucosa tumefatta. Esistono intime connessioni del facciale col trigemino, vettore di fibre cerebro-spinali e di fibre vegetative; esistono anastomosi fra i nuclei di origine del V e VII paio nel mesencefalo ed altre anastomosi fra una branca di divisione del facciale e l'auricolo-temporale. I disturbi riflessi determinati, con l'intermedio del simpatico, in occasione di un'eccitazione talora minima, si avranno alla faccia, in cui il sistema vegetativo è più sviluppato che in altre regioni. Trigemino, facciale e simpatico formano un sistema unico, che per il fatto di essere intricato favorisce le reazioni patologiche comuni.

L'otalgia nella paralisi facciale non sempre è sintomatica di un'otite media. Le radici motrici e sensitive del VII paio vanno fino al fondo del condotto uditivo interno, in un prolungamento aracnoideo. Possono esistere delle radicoliti facciali — meningo-nevriti — di cui la sifilide è la causa principale. Sia che la radice sensitiva si infetti per la prima, sia che essa reagisca secondariamente all'infezione della radice motrice, si vedranno comparire dei disturbi di sensibilità nei territori dipendenti.

fil.

Sutura del nervo facciale nell'osso temporale.

Sterling Bunnel (*Surg. Gyn. a. Obst.*, luglio 1927) ricorda come nei casi di lesione del nervo temporale si sia ricorso ad anastomosi coll'XI e col XII nervo. Ma anche negli interventi fortunati, non si aveva mai un ripristino dei movimenti mimici, spesso i movimenti dei muscoli della faccia erano associati a quelli della spalla e del collo o della lingua, a carico della quale si sono avuti fatti di emiatrofia per lesione dell'ipoglosso durante l'operazione. Il suo malato, operato per mastoidite 4 mesi avanti, aveva un'emiparalisi del VII di destra, completa.

Egli potè ritrovare il capo craniale del nervo quasi all'uscita del forame stilo-mastoideo per cui scalpellando il temporale in corrispondenza di detto orifizio potè recuperare abbastanza del tronco nervoso da suturarlo al capo periferico. Il risultato, controllato da fotografie prese dopo 17 mesi, è stato ottimo.

V. GHIRON.

TERAPIA.

Il trattamento medico dell'angina di petto.

La terapia sintomatica dell'angina di petto, osserva Volori (*Courr. Médic.*, 1927, n. 19) ha un'importanza primordiale: è l'unica arma infatti della quale può disporre il medico. In modo veramente mirabile è in questa affezione che si possono vedere gli effetti della spalmalgina, adoperata pure con esito da Tindal nelle stenosi piloriche.

La spalmalgina è una combinazione di pantopon, di papaverina e di etere solforico dell'atropina.

Il pantopon contiene la quasi totalità degli alcaloidi dell'oppio. La papaverina (alla dose di 0,20-0,30 ctgr. pro die) è l'antispasmodico di elezione sulla muscolatura liscia dei visceri e dei vasi.

L'etere solforico dell'atropina ha il vantaggio sopra l'atropina di non avere alcuna azione periferica: non provoca aumento della pressione, non midriasi, non secchezza della bocca, mentre per le sue proprietà eccitanti centrali rappresenta l'antitodo elettivo della morfina.

Per tali proprietà perciò la spalmalgina è il medicamento di elezione delle crisi di angina di petto ed anche di fronte alle crisi più violente, a quelle subentranti, nelle quali spesso si usa ricorrere alla morfina, la spalmalgina per via ipodermica dà sempre ottimi risultati.

Quando occorra combattere in questi infermi anche l'eccitabilità nervosa, si prescriveranno i bromuri, senza dimenticare però che a lungo questi diminuiscono la secrezione gastrica e per conseguenza dànno luogo ad anoressia e a dispepsia atonica. In questi casi è sempre preferibile il sedobrol, che è inoffensivo per la mucosa gastrica. Se l'eccitabilità è intensa ed il male si prolunga, si associerà o si alternerà con il somnifen. È molto pratico ed utile infatti dare sedobrol durante il giorno e somnifen nella notte, che procurerà un sonno ristoratore.

Se si sospetterà un certo grado di insufficienza renale, specie nelle angine di origine arteriosa, che per Gallavardin rappresentano la terza parte delle angine di petto, oltre al regime alimentare, si somministrerà un diuretico, ad es. la teobromina.

A. POZZI.

Le iniezioni d'alcool nell'angina pectoris.

Uno degli AA. aveva già riportati 5 casi di angina pectoris trattati colle iniezioni paravertebrali d'alcool; gli AA. ne riportano 8. Questo metodo di cura fu già proposto da Swetlow e Mandl in base al concetto che il dolore nell'angina pectoris è trasmesso alle radici spinali dai rami comunicanti e da quelle al cervello e che la maggior parte delle sensazioni dolorose prendono la via delle radici post. del tratto dorsale.

Per la tecnica delle iniezioni è quella generalmente nota. Data l'altezza è da fare attenzione a non ledere la pleura. Ogni radice si anestetizza con 5 cmc. di sol. di novocaina all'1 %. Spesso durante l'iniezione si ha la comparsa della sindrome di Hörner. Poi si inietta 5 cmc. di una sol. di alcool a 80°. Gli spazi così trattati sono dal VII cervicale al IV dorsale incluso e si comincia a sinistra e se necessario, dopo 2 settimane, a destra.

Degli 8 casi riferiti 3 sono guariti completamente, 3 sono notevolmente migliorati, 2

hanno avuto miglioramenti minimi e poco apprezzabili.

Gli AA. non hanno notato alcun inconveniente di importanza.

(W. I. Mixter e J. C. White. *Ann. Surg.*, 1929, II).

V. GHIRON.

Contributo alla cura del morbo di Basedow con l'Ergotamina (Gynergen).

Recentemente sono stati ottenuti risultati curativi brillanti del m. di Basedow con l'ergotamina. Questa sostanza agirebbe sia paralizzando le terminazioni simpatiche irritative che eccitando le fibre depressorie del simpatico e del parasimpatico; avrebbe così un'azione antagonistica alla tirossina, cioè alla sostanza attiva della tiroide. La dose è di 0,5 cmc. (= 0,25 mgr.) 2-3 volte al dì per via ipodermica, alle volte sono sufficenti dosi di 0,3, in qualche caso si sono potuti somministrare due volte al giorno 1 cmc. senza nessun fenomeno allarmante.

Schönbauer (*D. Zeit. f. Chir.*, vol. 198, pag. 99, 1927) ha osservato un caso in cui era stato somministrato 1 cmc. al giorno di Gynergen; al IX e X giorno 2 cmc. Negli ultimi giorni di cura la paziente cominciò ad accusare dolori e crampi agli arti, i dolori andarono rapidamente aumentando, comparve edema e arrossamento del piede d. Al X giorno esisteva cangrena con un solco di delimitazione delle dita del piede d. Dopo 3 mesi e mezzo di cura la paz. guarì con la perdita delle 5 dita del piede e degli ultimi due metatarsi.

Il caso viene riferito per dimostrare come anche dosi terapeutiche di ergotamina possano portare a gravi inconvenienti.

VALDONI.

Insuccesso di trapianto di una surrenale umana in un addisoniano.

Dopo un caso felice recentemente pubblicato da Leschke, H. Curschmann (*Deutsche med. Woch.*, t. LIV, n. 11, 1928) ritiene interessante segnalare di aver praticato un innesto di surrenale in un addisoniano senza osservare alcun risultato favorevole. La glandola è stata prelevata da un soggetto epilettico, per ogni altro riguardo perfettamente sano, in occasione di un saggio terapeutico del male mediante la surrenalectomia. Il giovane addisoniano ha presentato, dopo l'intervento, un aggravamento transitorio del suo stato da attribuire sia alla fragilità propria di questi malati, sia al riassorbimento del tessuto innestato. Alcune settimane più tardi un leggero miglioramento riportò le condizioni del malato allo statu quo ante, e in seguito la infermità proseguì lenta ed inesorabile fino alla morte. Questa osservazione è simile ad altri 3 casi pubblicati in Germania e mostra la scarsa possibilità di successo dell'intervento, resa anche più difficile dalla disagiata ricerca di glandola sana.

A. PICCINELLI.

Nella pirosi ed iperclorìdria

Pr. Lattosio cg. 50
Idrato di magnesio
Sottonitrato di bismuto ana cg. 25
Per una carta. S. da prendere dopo i pasti.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio della stabilità colloidale del sangue nella gravida e nel bambino in differenti condizioni morbose.

Simonini (*La Clinica Pediatrica*, f. I, 1929) osserva come fra le reazioni quella proposta dal Brosso, Bozzolo, Lombardi appare più sensibile. In condizioni di salute normale o di poco modificate, la stabilità colloidale del sangue è buona nel bambino in generale, normale o di poco superiore è in quello di gravida e nel neonato. Sul cordone ombelicale la stabilità colloidale è inferiore a quella normale. Negli stati morbosi, e specialmente nella tubercolosi, gastroenterite, è evidente una più o meno accentuata instabilità colloidale. Non si osservano modificazioni o sono appena riconoscibili dopo irradiazioni con i raggi ultravioletti.

La stabilità colloidale normale o superiore alla norma del sangue della gravida sana e del neonato, può essere messa in rapporto anche col maggior contenuto in esso di albumina e quindi diminuzione di globuline.

L'instabilità colloidale del sangue di soggetti colpiti da malattie (gastroenteriti, tubercolosi, ecc.) può anche essere messa in rapporto col maggior tasso di detriti cellulari, di globuline in ispecie, circolanti nel sangue, e specialmente di albumine eterogenee, ecc. derivanti dalla più intensa distruzione dei tessuti per la malattia in atto.

MAURIZIO.

Anafilassi e sieri irradiati con raggi ultravioletti.

Giaume (*Pathologica*, 15 maggio 1928) ha osservato che preparando delle cavie con siero di cavallo, e poi iniettando ad esse lo stesso siero dopo averlo sottoposto all'azione dei raggi ultravioletti, lo choc anafilattico rimane completamente inibito.

Se invece si preparano delle cavie con siero irradiato, e poi si inietta siero sempre irradiato, si ha ictus tipico, e morte.

Esponendo delle cavie preparate con siero normale, alla irradiazione con raggi ultravioletti, esse non reagiscono più che con fenomeni assai lievi alla reiniezione dello stesso siero normale.

Tali ricerche presentano molto interesse teorico: e inoltre da esse può derivare la pratica di iniettare siero irradiato qualora si debba, in un soggetto già sensibilizzato, ripetere l'introduzione di siero, a scopo profilattico e cura-

tivo: tanto più che, secondo le ricerche dell'A., l'irradiazione non modificherebbe affatto il valore antitossico di un siero, quale l'antidifterico.

M. SABATUCCI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Vincenzo Coluccia di Spongano:

I limiti d'iscrizione sul quadro d'avanzamento per l'anno 1929 dei capitani medici di complemento sono i seguenti:

avanzamento ad anzianità: capitani medici con anzianità 23-12-1915;

avanzamento a scelta: capitani medici con anzianità 13-2-1916.

L'istanza per l'avanzamento a scelta doveva essere presentata entro il 20-10-1928.

I limiti d'iscrizione sul quadro d'avanzamento per l'anno 1930 degli stessi ufficiali sono:

avanzamento ad anzianità: capitani medici con anzianità 23-3-1916;

avanzamento a scelta: capitani medici con anzianità 6-7-1916.

Per l'avanzamento a scelta bisogna rivolgere domanda al Comando del Distretto Militare unendo i titoli scientifici e professionali che l'aspirante possiede.

C. R.

VARIA.

Le malattie degli ebrei.

La Società medica dell'Ospedale Ebraico di Londra ha tenuta una riunione per discutere sulle malattie che con maggior frequenza si verificano nella razza ebraica. Hanno fatto comunicazioni H. Rolleston, H. Levy, J. Burnford, Feldmann, M. e A. Sourasky, Neber e Mayers.

Rolleston ha rilevato che non vi sono malattie che si verificano esclusivamente negli ebrei. Le malattie che sono state ritenute proprio di questa razza, lo sono solo in quanto i primi casi si verificarono o furono constatati tra gli israeliti. Tale è il caso della dystonia muscularum deformans, detta anche morbo di Oppenheim.

La tromboangioite obliterante è stata affermata specifica degli ebrei, ma dagli ultimi dati statistici risulta che essa non è in essi più frequente e più grave che negli altri popoli.

L'obesità ed il diabete sono relativamente frequenti negli ebrei, ed è stato affermato che essi diventano diabetici perchè sono grassi, e sono grassi perchè mangiano troppo.

Anche le malattie di Gaucher e di Niemann, che sono legate a disturbi del metabolismo del grasso, sono comuni negli ebrei.

Le recenti statistiche hanno dimostrato che il cancro ha negli israeliti la stessa frequenza che negli altri popoli, mentre molto meno comune vi è la tubercolosi.

Levy si sofferma sopra tutto sulla idiozia amaurotica familiare, che a torto è stata considerata come una malattia specifica degli ebrei, in quanto ne sono stati registrati casi anche negli altri popoli. Essa è stata attribuita alla consanguineità dei genitori e all'instabilità mentale della famiglia di uno di essi. Vero è che si tratta di un'affezione a tipo schiettamente familiare.

M. Sourasky ha osservato che gli ebrei non sono immuni dal cancro, ma non vi hanno neppure una particolare tendenza. Le statistiche raccolte in sei grandi capitali dimostrano che la mortalità per cancro tra essi non si allontana da quella per la stessa malattia nella popolazione generale. Sembra tuttavia che negli ebrei il cancro si localizza con maggior frequenza nel tratto gastro-intestinale, mentre è raro quello della bocca e degli organi genitali.

Burnford osserva che non si può parlare di malattie di ebrei, nel senso di una specifica patologia di razza. La stessa asserita specificità dell'idiozia amaurotica familiare non è più sostenibile, in quanto questa malattia, sia pure meno frequentemente, si verifica anche in individui non israeliti. Che tra questi sia più comune e più grave il diabete non è neppure esatto. È forse vero che la glicosuria si riscontra spesso in ebrei pingui e conducenti una vita sedentaria, ma non è men vero che a tale disturbo vanno soggetti altri individui che si trovano nelle medesime condizioni.

Feldmann dice che la mortalità degli ebrei per tubercolosi è molto bassa. Il fenomeno non si può attribuire alle abitudini dietetiche perchè si verifica tra osservanti e non osservanti. Si è parlato di una selezione naturale determinata dall'alta mortalità per tubercolosi verificatasi per lo passato, ma Feldmann ritiene che si tratti di un'immunità acquisita, dovuta alla facilità del contagio nell'infanzia. Nei bambini israeliti la malattia ha un decorso non grave forse a causa delle cure assidue che ricevono dai genitori.

A. Sourasky espone l'esito delle sue inchieste sui difetti visivi degli ebrei. Su 1649 ragazzi ebrei e 600 non ebrei esaminati nelle scuole di Londra ha trovato difetti visivi nei 43.2 % nei primi, e nel 21.7 % nei secondi. Il difetto più diffuso è la miopia e sembra non dovuto a particolari abitudini ma ad una condizione costituzionale ereditaria.

P. Weber esprime l'opinione che la maggiore diffusione della tromboangioite obliterante negli israeliti più che da condizioni di razza dipende da fattori economici.

B. Mayers esprime l'avviso che molte delle caratteristiche fisiche e psichiche degli israeliti abbiano la loro base in disordini endocrini.

DR.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXI. - Indennità per mancata formazione del l'elenco dei poveri.

Il Comune di Castro dei Volsci limitò la condotta ai soli poveri, ma trascurò di approvare, alla fine di ciascun anno, l'elenco degli aventi diritto alla cura gratuita. Preesisteva un elenco, con destinazione generica alla somministrazione dei medicinali e all'assistenza sanitaria; ma, praticamente, non aveva avuto effetto, per la condotta medica.

Il dott. Polidori dedusse che l'inadempimento del Comune gli aveva cagionato grave danno perchè egli era stato costretto a prestare assistenza gratuita anche ai non poveri. Perciò convenne il Comune innanzi al Tribunale e ne chiese la condanna al pagamento della somma di lire 48.000, a titolo di risarcimento dei danni subìti dalla data della istituzione della condotta per i poveri, e di lire 7000 annue sino a quando il Comune non avesse adempiuto alla formazione dell'elenco ».

Il Tribunale ritenne che la domanda avesse per oggetto il riconoscimento di un diritto patrimoniale e perciò dichiarò proponibile l'azione; nel merito, accertò l'inadempimento del Comune e l'obbligo del risarcimento e dispose una perizia per stabilire la entità dei danni.

Ma la Corte di appello di Roma, con sentenza 22 maggio-20 giugno 1929, ha dichiarato improponibile la domanda, per incompetenza dell'autorità giudiziaria.

Ha considerato la Corte che, in sostanza, si trattava di una controversia dipendente dal rapporto d'impiego, la quale, per disposizione degli art. 4 e 5 della legge 26 giugno 1924, n. 1058, appartiene alla competenza della G. P. A. Vero che l'art. 5 della legge stessa riserva all'autorità giudiziaria « le questioni attinenti ai diritti patrimoniali conseguenziali alla pronunzia di legittimità dell'atto o provvedimento contro cui si ricorre, ma nella specie non si verifica tale ipotesi giacchè non vi è stata alcuna pronunzia sulla legittimità dell'atto, o meglio sul comportamento negativo dell'amministrazione ». Ha soggiunto la Corte che l'attore fondava « la sua pretesa sul fatto che il Comune non abbia provveduto alla formazione dell'elenco dei poveri, come ne aveva il dovere, e appunto nel mancato adempimento di tale dovere egli faceva consistere la causa produttrice del danno di cui domandava il risarcimento; ma l'indagine sulla sussistenza di codesto adempimento agli effetti del risarcimento del danno implica necessariamente il sindacato sulla legittimità o meno del comportamento negativo dell'amministrazione comunale in ordine alla formazione dell'elenco e tale sindacato esorbita come si è detto dalla competenza giudiziaria, non solo per la ragione particolare innanzi accennata, cioè per quel che si riferisce a una questione attinente al rapporto d'impiego della quale è competente a giudicare esclusivamente la G. P. A., ma anche per una ragione più generale, cioè perchè la formazione dell'elenco dei poveri è imposta dalla legge e nella specie anche dal capitolato di assistenza sanitaria, non a tutela diretta e immediata del medico condotto, bensì come mezzo di attuazione del dovere di pubblica assistenza che incombe all'ente comunale e quindi l'obbligo del Comune di provvedere alla formazione dell'elenco stesso non attribuisce al medico condotto un diritto subbiettivo, sperimentabile innanzi all'autorità giudiziaria, ma soltanto un interesse legittimo, in quanto quell'elenco possa come nella specie costituire un elemento per la determinazione dei maggiori compensi a lui dovuti dal Comune ».

XXXII - Regolamento per i laboratori provinciali e comunali d'igiene.

L'art. 1° del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, attribuisce alle Provincie ed ai Comuni il potere di emanare norme regolamentari per il funzionamento dei laboratori provinciali e comunali di vigilanza igienica.

Taluno ha ritenuto che tali regolamenti possano stabilire anche norme di carattere punitivo per le contravvenzioni accertate nella esplicazione del servizio di competenza dei laboratori. Ma, correttamente, il Ministero dell'Interno ha avvertito, con circolare 21 marzo 1929, n. 20.400, che non appartiene ai laboratori l'esercizio di qualsiasi potere di polizia e che le provincie e i comuni, esercitando il potere regolamentare previsto dal R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, non possono stabilire limitazioni dell'attività privata e norme punitive.

La legge comunale e provinciale (art. 226 e segg.) e il T. U. delle leggi sanitarie (art. 199) stabiliscono penalità per la inosservanza delle norme dei regolamenti locali d'igiene e per l'esazioni delle imposte comunali, ecc., ecc., ma non per la inosservanza delle norme concernenti il *funzionamento* dei laboratori. Non essendo stabilite penalità dalla legge, le provincie e i comuni non possono esercitare poteri normativi con determinazioni punitive.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laborat. Prov. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esame. Stipendio lordo L. 11.500 oltre indenn. servizio attivo di annue L. 900 e tre aumen. periodici fino a raggiungere lo stipendio massimo di L. 13.600. Indennità caro-viveri come impieg. Provincia. Età massima anni 35 salvo diritti spettanti agli ex combattenti. Domande e documenti da presentarsi alla Segreteria Provinciale non oltre le ore diciassette del diciotto settembre 1929.

ALA DEI SARDI (*Sassari*). — Stipendio L. 9500, con 5 aum. quadrienn. del decimo; L. 800 per Uff. Sanitari; L. 1000 per armadio farmaceutico. Scad. 15 settembre.

BERBENNO (*Bergamo*). — Stip. L. 9000, con 5 aumenti quinquennali del decimo; L. 519 per Uff. Sanit.; caro-viv. L. 840; indenn. ambulatorio lire 400. Tassa L. 50,15. Scad. 14 settembre.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Chirurgo prim. condotto. Stip. L. 10.000 con 5 aumenti quadrienn. del decimo. Indenn. L. 1000 per servizio Ospedale, caro-viveri. Tassa L. 50,10. Scad. 21 settembre.

CANDELA (*Foggia*). — Popolaz. 8259 ab., di cui circa 2000 pov. Stip. L. 9000, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Età massima anni 35, salvo eccez. Cartolina-vaglia di L. 50,15 al Tesoriere com. Scad. ore 13 del 10 ott.

CANTAGALLO (*Firenze*). — Prima condotta, con residenza in Luicciana. Stip. L. 9500, con 8 aum. trienn. del decimo; caro-viv. Circa L. 3000 per cavalc. Età massima anni 35, salvo eccez. Cartolina-vaglia di L. 50,15. Scad. 14 settembre.

MORLUPO (*Roma*). — Stip. L. 10.500 per i primi 1000 pov., L. 4 in più per ogni pov. da 1001 a 2000, L. 5 in più oltre i 2000. L. 400 per Uff. San. Tassa L. 50,15. Scad. 20 settembre.

NUMANA (*Ancona*). — Seconda condotta. Stip. L. 8500 con 5 aum. quadrienn. del decimo. Indennità cavalc. o auto L. 3000; bicicl. L. 1000; caro-viv. Eventualmente direz. Ospedale, L. 2500. Età a. 25-40 s. e. l. Tassa L. 50,10. Chied. schiarimenti alla Segreteria. Scad. 15 ottobre.

PERUGIA. *R. Università degli Studi.* — Sono aperti i concorsi, per esami, ai seguenti posti: Aiuto per l'Istituto di Fisiologia; Aiuto ed Assistente per l'Anatomia umana normale; Aiuto per la Clinica Pediatrica; Assistente per la Clinica oculistica; Aiuto per la Clinica psichiatrica; Assistente per la Medicina legale. Gli stipendi sono annue L. 8750 per gli Aiuti e L. 7250 annue per gli Assistenti. Le domande e i documenti dovranno pervenire alla Segreteria della Università non oltre le ore 18 del 21 settembre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla suddetta Segreteria.

POGGIO NATIVO (*Rieti*). — Condotta residenziale. Scad. 30 settembre. V. N. 35.

PRASOMASO (*Sondrio*). — Vice direttore dei Sanatori Popolari. Scad. 15 settembre. V. N. 35.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — 50 posti di tenente medico in s. p. e. nel R. Esercito.

Possono parteciparvi ufficiali, sottufficiali e militari di truppa in servizio o in congedo, nonchè medici civili che non oltrepassino il 32° anno di età alla data della nomina a tenente in s. p. e. (per gli ex-combattenti il limite di età è elevato di 4 anni). I concorrenti dovranno far domanda in carta bollata da L. 3, *non più tardi del 9 settembre 1929*, al Ministero della Guerra (Direzione Generale Personali Ufficiali), presentandola al Comando del Distr. cui sono effettivi, se in congedo, al Com. del Reggimento od Ente da cui dipendono, se in servizio militare; nella domanda dovranno obbligarsi a non chiedere la dispensa dal servizio permanente per un periodo di anni 6.

Uniranno i seguenti documenti: diploma di laurea in med. o chir. e diploma di abilitaz. all'esercizio professionale, se la laurea fu conseguita dopo il 31 dicembre 1924.

Inoltre, i documenti di rito e i titoli di studio o scientifici che i concorrenti credessero di produrre, come risulta dal bando di concorso pubblicato nella circolare 502 del Giornale Militare c. a., della quale potranno prendere visione presso i Comandi di Reggimento e di Distretto Militare.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla Cattedra di Clinica Pediatrica della Università di Bologna, vacante per la morte del prof. Carlo Francioni, la Facoltà Medico-Chirurgica ha chiamato il prof. Maurizio Pincherle, attualmente a Pavia e già allievo del nominato prof. Francioni.

Relazioni per la stabilità. — Bolaffio Michele (Clin. Ostetrico-ginecologica, Cagliari); Giuseppe Verrotti (Clin. Dermosifilopatica, Catania); Agostino Mibelli (Clin. Dermosifilopatica, Messina); Luigi Piras (Igiene, Parma); Luigi Castaldi, Gaetano Cutore, Primo Dorello (tutti tre di Anatomia umana normale), rispettivamente a Cagliari, Catania, Perugia.

Tutte le relazioni sono state favorevoli e le singole promozioni già effettuate.

Luigi De Gaetano è nominato stabile di Ortopedia a Napoli.

Trasferimenti. — Ettore Ravenna, di Anatomia ed Istologia Patologica, da Perugia a Modena.

NOTIZIE DIVERSE.

1ª Riunione della Società di Anatomia.

Avrà luogo in Bologna dall'8 al 10 ottobre 1928.

Di regola, le comunicazioni dovranno essere presentate dall'autore. Se però questi, per ragioni speciali non potrà intervenire alla riunione, potrà delegare altro congressista a rappresentarlo.

Le comunicazioni dovranno essere consegnate in copia dattilografata ed in forma definitiva; dovranno essere precedute dal cognome e nome dell'autore, dal titolo e dall'indicazione dell'Istituto nel quale furono eseguite.

Per informazioni, rivolgersi al prof. Emerico Luna, direttore dell'Istituto di Anatomia umana normale, Bastioni di Porta Carini, Palermo.

Il 2° Congresso della Società Internazionale di Sessuologia.

Si terrà nella sede dell'Associazione medica Britannica (British Medical Association) Tavistok Square, Londra, dal 3 al 9 agosto 1930.

Gli argomenti da trattare saranno divisi, come già a Berlino, nei seguenti gruppi: biologia, fisiologia, patologia, terapia, psicologia, etica, religione, demografia, statistica, igiene sociale e di razza, sociologia e dottrine popolari, criminalogia.

Per schiarimenti, rivolgersi al prof. F. A. E. Crew, Università West Main Road, Edinburgh.

Un concorso per l'etiologia del tracoma.

Il Ministero ungherese per il benessere del popolo ed il lavoro ha stabilito un premio di 2000 franchi svizzeri per un lavoro originale sull'etiologia del tracoma, che costituisca un reale progresso in questo campo. I lavori possono essere spediti fino al 30 giugno 1931 alla Clinica Oculistica (Augenklinik) n. 1 dell'Università di Budapest (VIII, Màriautca 39). Il concorso è libero e possono essere inviati anche lavori pubblicati. Si potrà anche tener conto di lavori non inviati, ma pubblicati fra il 1° luglio 1929 ed il 30 giugno 1931.

Sono ammesse le lingue: tedesca, inglese, francese, italiana ed ungherese. La Commissione aggiudicatrice verrà nominata dal Ministero. Le decisioni verranno pubblicate al 31 dicembre 1931.

L'attività dell'O. N. Maternità e Infanzia.

Nel 1928 l'Opera ha speso e impegnato per l'assistenza alla maternità oltre 28 milioni; per l'assistenza all'infanzia, 34 milioni; per sovvenzioni ad Istituti, oltre 13 milioni; per propaganda con pubblicazioni, Ambulatori, Cattedre ambulanti, più di un milione e mezzo; per spese generali di organizzazione dei servizi, poco più di tre milioni: totale 80 milioni.

I risultati ottenuti si concretano nell'estensione dell'opera di assistenza sociale ad oltre 250.000 persone. Delle Federazioni provinciali, meritano speciale menzione quelle di Roma, Napoli, Palermo, Venezia, Milano, Torino. L'assistenza alle madri ha avuto un notevole sviluppo. L'Opera ha costituito direttamente altri 68 Ambulatori ostetrici e infantili, ha autorizzato le Federazioni provinciali a creare nuovi impianti, ha sovvenzionato molte organizzazioni che sono sorte con scopi assistenziali. D'accordo coi Fasci all'estero, ha provveduto all'assistenza alle gestanti italiane residenti oltre Alpi, e prive di mezzi, che hanno desiderato di partorire in Italia. Alla riduzione della mortalità infantile ha concorso mediante la protezione dell'allattamento materno, l'assistenza dei fanciulli illegittimi riconosciuti e allattati dalla madre. I fanciulli sono stati mantenuti, o con sussidio alle madri lattanti, o avviati in campagna a baliatico, o ricoverati nei Brefotrofi, insieme con la madre, e talvolta anche senza di essa, quando mancava il latte.

All'assistenza materiale dei bambini e delle madri si è associata la protezione morale, e s'è fatto di tutto perchè al riconoscimento del figlio seguisse la legittimazione dell'unione della madre col padre.

Non minori sono state le provvidenze a favore di fanciulli bisognosi, abbandonati, infermi, sanabili o anormali, educabili e traviati. Quanto ai ragazzi fermati per motivi di pubblica sicurezza, si è voluto evitare che essi venissero tradotti nelle camere di sicurezza, o in carcere, insieme coi delinquenti adulti. L'Opera li ha ricoverati, subito dopo il fermo, in appositi Istituti, ove restano fino a quando non possono essere restituiti alle famiglie, oppure permanentemente ricoverati in Istituti di educazione. Questo servizio di provvidenza sociale ha funzionato in quarantatre provincie.

L'Opera, inoltre, ha raccolto in Italia oltre duecento bambini in completo abbandono, nati all'estero da genitori italiani e che, lasciati a loro stessi, avrebbero finito per ingrossare il triste esercito della malavita internazionale.

I fondi stanziati in bilancio per la profilassi antitubercolare dell'infanzia sono stati destinati all'effettivo e duraturo recupero dei fanciulli deperiti e deboli, già affetti da tubercolosi latente o chiusa in forma non evolutiva o contagiosa, con

il loro ricovero da sei a otto mesi in Istituti profilattici permanenti. Molti fanciulli, ultimata la cura, sono stati trasferiti in Istituti di educazione, per evitare che, con la restituzione alle famiglie, dovessero tornare a coabitare con persone tubercolotiche. Particolare attenzione l'Opera dedica attualmente alla ruralizzazione degli Istituti di ricovero per fanciulli e adolescenti, in conformità a quanto è stabilito dalla legge.

I servizi sanitarî nella Citta del Vaticano.

Il governatore della Città del Vaticano comm. Serafini ha ordinato che le leggi e i regolamenti statali e quelli della città di Roma che si riferiscono alla tutela della pubblica igiene siano osservati nell'interno della Città del Vaticano. Per quanto si riferisce alla organizzazione del servizio sanitario propriamente detto si sono svolte nei giorni scorsi conferenze tra il dott. Milani, chiamato ad assumere l'ufficio di direttore di tali servizi, e il comm. Serafini. Il dott. Milani ha preparato un programma, che ha già ricevuto l'approvazione del Pontefice e che sta ora concretandosi nei suoi particolari. In Vaticano esisteva da tempo un corpo sanitario, composto di quattro medici e di un chirurgo. Ad essi andavano aggiunti, come soprannumerari, una ventina di altri sanitari, che prestavano le loro cure in casi speciali e a richiesta degli appartenenti alla Corte e alla famiglia pontificia. Ma non esisteva, finora, in Vaticano un servizio stabile e, salvo avvenimenti eccezionali, nessuno dei professionisti suddetti risiedeva in permanenza nell'interno del Vaticano. Ora, invece, sarà organizzato un servizio continuato, in modo da permettere ai cittadini vaticani di usufruire dell'assistenza medica in qualunque momento. Inoltre la farmacia che esiste in Vaticano, e che è affidata alle cure dei sacerdoti ospedalieri di San Giovanni di Dio, sarà trasportata in locali più ampî e forniti di mezzi più moderni. È poi allo studio la riorganizzazione completa del pronto soccorso destinato a funzionare nelle grandi cerimonie. Sono state in proposito richieste informazioni alle più note organizzazioni del genere, e particolarmente alla Croce Rossa Italiana. Si ritiene che verrà creata una non numerosa ma ben provveduta squadra di pronto soccorso, che potrebbe essere affidata alla direzione di una congregazione religiosa scelta tra quelle che si sono specializzate nelle cure ospitaliere.

Una conferenza del prof. G. Piccinini su L. A. Muratori.

Il prof. Guido Piccinini, alla R. Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Modena, ha messo in rilievo che L. A. Muratori, non si è occupato soltanto degli argomenti di storia, per cui è giustamente famoso, ma anche di quelli riguardanti le scienze naturali e la medicina. Copiosa materia dimostrativa sotto questo riguardo offre l'Epistolario del Muratori, in quattordici grandi volumi, nonchè molte delle sue opere minori, fra cui il suo libro, tutto medico: « Il Governo della peste ».

Il Muratori ebbe ai suoi tempi, dal 1694 al 1746, un vero valore scientifico; fra l'altro, in un passo che il prof. Piccinini ha citato, risulterebbe che esso ha preconizzato l'elettroterapia.

Cospicua donazione al Governo italiano per una clinica odontoiatrica a Roma.

In presenza dell'ambasciatore d'Italia, sen. De Martino, del delegato del Governo italiano on. prof. Amedeo Perna e dell'Agente consolare locale cav. Sconfietti, il noto filantropo amico dell'Italia, George Eastman, ha compiuto atto di donazione al Governo italiano della somma di un milione di dollari per fondare in Roma una clinica odontoiatrica sulle linee fondamentali della clinica di Rochester.

La nuova clinica di Roma sarà, per desiderio del donatore, anche scuola post-universitaria di perfezionamento, per diffondere maggiormente l'importanza, nell'igiene sociale, della profilassi odontoiatrica. L'opera utile potrà avere immediata attuazione.

Corsi di perfezionamenti.

Il 24° corso di perfezionamento in medicina coloniale presso la Facoltà Medica di Bordeaux si terrà dal 4 novembre al 16 dicembre. Le iscrizioni si ricevono sino al 1° novembre.

* * *

Un corso di perfezionamento sulle malattie del cuore e dei vasi, si terrà dal 7 al 19 ottobre, nell'Ospedale Broussais di Parigi, sotto la direzione del dott. C. Laubry; prezzo d'iscrizione 150 franchi. Rivolgersi al Dr. P. Thiroloix, Hôpital Broussais, Paris.

Un' istituzione scientifica in memoria di Domenico Barduzzi.

L'on. Pier Silvio Leicht, sottosegretario alla P. I., ha assunto la presidenza effettiva del Comitato internazionale testè formatosi per creare una istituzione scientifica che ricerchi l'opera di Domenico Barduzzi — il celebre medico di Brisighella, dermatologo, idrologo, storico della medicina — spentosi ottantenne a Siena nel febbraio decorso.

Sono vice-presidenti del Comitato lord Lawson, presidente della Società internazionale di idrologia di Londra, il prof. Sudhoff, presidente della Società internazionale di storia della medicina di Lipsia, il prof. Truffi, presidente della Società Italiana di dermatologia.

Intanto, mentre Bagni San Giuliano (Pisa), di cui il professor Barduzzi era cittadino onorario, si appresta a fargli una solenne commemorazione con un discorso del sen. prof. Umberto Gabbi, clinico medico di Parma, Brisighella, sua terra natale, renderà particolari onoranze nel prossimo ottobre in occasione della traslazione della salma da Siena.

Insieme all'on. Leicht presenzieranno le rappresentanze delle maggiori accademie italiane ed estere per ascoltare la parola del senatore Giordano.

La Centrale del latte a Milano.

La Consulta municipale di Milano ha approvato la deliberazione podestarile inerente alla gestione ed al funzionamento della Centrale del latte.

La concessione è fatta alla Ditta incaricata della gestione per 20 anni, dopo un periodo di prova di un anno.

Il Comune si è riservato e garantito il controllo della Centrale, che sarà continuo e meticoloso per quanto riguarda l'igiene, l'amministrazione ed il rifornimento dell'azienda.

Il prezzo del latte sarà alquanto inferiore a quello attuale. Oggi, l'aggravio sul prezzo del latte, quale è fissato da apposita commissione, dalla stalla al consumatore varia dai 48 ai 52 centesimi al litro; esso sarà di 45 centesimi, al massimo, per la fornitura del latte attraverso la Centrale.

Il latte sarà assolutamente intero senza nessuna manipolazione salvo la pastorizzazione. Il trasporto dalle stalle alla Centrale sarà curato dal gestore di questa e sarà fatto per mezzo di adatti recipienti di 25-30 litri, ermeticamente chiusi, su ognuno dei quali è scritto il nome del fornitore in modo da poter procedere al controllo. Il latte riscontrato genuino verrà pastorizzato e posto in vendita in bottiglie sigillate, con impressa la data di imbottigliamento e con un contrassegno speciale che varierà di giorno in giorno e servirà per meglio scoprire eventuali manipolazioni.

Il latte « sciolto » non sarà più posto in vendita.

Il contingentamento degli studenti universitari in Ungheria.

È stato recentemente stabilito che il numero degli studenti universitari non deve essere superiore a determinate cifre che, per le Facoltà di medicina sono le seguenti: Pest: 160 medici e 60 uditori per la farmacia; Debreczin, 60 uditori; Szegedin, 60 uditori per la medicina e 60 per la farmacia; Fünfkirchen, 60 uditori. (*M. m. W.*).

Alla memoria di Franz Nissl.

H. Spatz (*Münch. med. Wochens.*, 9 ag. 1929) rievoca la figura di F. Nissl, spentosi, non ancora 60nne, 10 anni fa (11 agosto 1919) e noto specialmente per i suoi studî sulla fine struttura delle cellule gangliari e per la reazione che porta il suo nome.

Aveva tratti fisici caratteristici: grosso, con la testa un po' infossata nelle spalle, i piccoli occhi neri dietro i grandi occhiali. Un sorriso paterno, un modo di esprimersi naturale, spigliato ed incisivo, che accattivava subito l'animo di chi lo ascoltava. La vivacità della sua parola cresceva quando, nell'oscurità della sala di conferenze, si proiettavano le diapositive; ed i problemi della neuroistopatologia, allora, balzavano chiari e vivi anche per il profano che in lui sentiva l'acuto indagatore dell'anima umana.

Il suo fare un po' rude poteva far credere che egli fosse un'anima semplice, ma egli era tutt'altro. Alla sua capacità d'entusiasmo, faceva riscontro un grande scetticismo che arrivava fino allo scrupolo; era osservatore minuzioso, ma questo non gli toglieva la possibilità di allargare lo sguardo a vasti orizzonti. Era di natura un po' tarda ed aveva come degli ostacoli interni, che gli rendevano difficile lo scrivere; a questo si decideva difficilmente, lottava con l'espressione, cercando sempre nuovi completamenti e rettifiche. Le gravi intime lotte, le delusioni che ebbe nella vita non alterarono il suo aspetto esterno e così pure egli sopportò con socratica serenità la grave malattia renale che lo portò alla tomba e gli impedì di portare a compimento l'opera a cui aveva lavorato per un decennio.

Ebbe a collaboratori assidui A. Alzheimer e W. Spielmeyers.

La storia della scienza ci mostra Nissl come un pioniere nei campi della anatomia e patologia cerebrale. Ma lo studio scientifico non lo distrasse dalla clinica, per cui Egli fu un ottimo psichiatra e se nella notte Egli lavorava nelle cantine del Manicomio di Heidelberg, che, attrezzate con mezzi primitivi servivano da laboratori, durante il giorno stava sempre con i suoi malati che in Lui avevano fiducia ed amore.

I tratti della personalità di Nissl si affievoliranno con lo scomparire degli uomini che lo hanno conosciuto; ma di Lui rimarrà sempre l'opera, che costituisce una pietra fondamentale dell'edificio delle scienze naturali e della medicina.

Il dott. P. DE AMICIS, specialista per le malatte dei bambini, dopo lunghissima malattia in età di 65 anni decedeva in Genova il 5 agosto, amorosamente assistito dai suoi cari. Questo lutto, per quanto non inatteso, è stato vivamente e diffusamente sentito. Gran parte della cittadinanza, infatti, conobbe il cuore gentile ed il carattere lealissimo e schietto dell'Uomo, che non si seppe mai piegare a quello che di meno retto può talora domandare la vita affaccendata del mondo.

Sebbene dato agli studì medici e all'esercizio coscienzioso della specialità in cui aveva compiuto gli studi a Firenze, nella Clinica del Mya, pur sentiva e dimostrava amore e trasporto alle arti e lettere, nelle quali trovava, a quando a quando, svago e riposo.

Spontaneamente arrolatosi alla vigilia della guerra e mandato subito ad Udine in un ospedale militare, vi prestò preziosi servizî, quale capitano medico del R. Esercito, restandovi fino a pace conclusa.

Animo forte e gentile sopportò cristianamente il male implacabile che ne straziò, consunse ed abbattè il corpo: non mai però lo spirito, sorretto sempre dalla Fede.

Oltre ai suoi cari del sangue, egli ebbe anche una famiglia di elezione, quella cioè dei bambini malati, ed affidati alle sue amorose e savie cure.

Universale è stato per tanto il dolore di Genova per la perdita di una vita consumata in modestissima, e sublime opera di medico, e di buon cittadino.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rass. Clin.-Scientif., ecc., 15 lug. — F. BOTTAZZI. La chimica della nutrizione. — G. LORENZINI. L'economia idrica dell'organismo umano. — G. ZAGARI. Arteriosclerosi primitiva dell'a. polmonare.

Endocrinology, mar.-apr. — C. H. LAWRENCE e A. W. ROWE. Disordini endocrini falsi. — T. CHRISTIANSEN. Macrosomia adiposa congenita. — I. BRAM. Tipi di malattia di Graves. — H. C. STEPARDSON e E. M. ANDERSON. Coma diabetico con iperglicemia. — L. S. ROWE. Ossitocina e vasopressina.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 lug. — A. CASTELLANI. Clima ed acclimatazione.

Riv. di Clin. Med., 15 apr. — F. D'ARBENA. Splenomegalia splenotrombotica.

Rinasc. Med., 15 lug. — L. STONKALO. Diagnosi funzionale della tiroide nei tubercolotici polmonari. — A. CHILLÀ. Antiemolisi epatica.

Clin. e Ig. Infant., giu. — G. BELLONI. Rachitismo e tubercolosi.

Mediz. Klinik, 19 lug. — W. STEPP. Il saggio clinico dei medicinali. — H. THRENWALD. La puntura lomb.

Paris Méd., 20 lug. — Chirurgia ortopedica e infantile.

Gaz. d. Hôp., 20 lug. — F. DE FAYE. La tbc. del pugno.

Journal A. M. A., 6 lug. — E. L. BORTZ. Visceroptosi. — A. G. FLEISCHMAN e D. ANDERSON. Il rene infantile. — H. A. CHRISTIAN. Nefrosi. — C. W. LIEB. Effetto dell'alimentazione carnea esclusiva.

Ann. di Med. Nav. e Col., mag.-giu. — F. M. MARRAS. La peste nelle Indie inglesi.

Folia Med., 15 lug. — GOGLIA. La tbc. senile.

Cult. Med. Mod., 30 giu. — A. ALBANESE. Vaselinomi da lipovaccini.

Pathologica, 15 lug. — A. FONTANA. Splenomegalia primitiva con mielosi sistemica aleucemica extramidollare. — L. MICHELAZZI. Depositi calcarei nel rene in stato d'ipertrofia compensatoria

Giorn. Ital. di Dermat. e Sifil., giu. — A. BUSCHKE e B. PEISER. Azione biologica dell'acetato di tallio. — G. ROVELLONI. Terapia aurica del lupus eritematoso. — M. ARTOM. Pireto e malarioterapia nella tabe dorsale. — G. CASTELLINO. Sieroflocculazione nella sifilide con antigene bile.

Revue Franç. de Gynéc., giu. — R. KELLER. I danni della miomectomia. — A. GIUGLINGER e S. TASSOVAIZ. Trattam. della placenta previa.

Chir. d. Org. del Mov., giu. — L. TORCHIANA. Fratture del polso. — A. NICOTRA, A. PELLEGRINI. I processi stiloidei nelle vertebre. — A. ODASSO. Processi settici dell'articolaz. tibio-astragalea.

Arch. Ital. di Chir., giu. — V. PUCCINELLI. Pneumatosi del grosso intestino. — A. MIROLLI. Tbc. chirurgica dello stomaco.

Arch. It. di Urol., mar. — C. ALESIO. Utricolo prostatico dell'uomo. — A. CAMPATELLI. Nefropessi alla Burci

Zbl. f. Chir., 20 lug. — R. VOGEL. Emostasi nell'emofilia. — P. KISSINGER. Lussazione del capo.

Journal A. M. A., 13 lug. — M. L. HARRIS. La deontologia medica. — J. McIVER e G. WILSON. Emorragia subarsenoide spontanea. — Y. HENDERSON. Fisiologia dell'atelettasia.

Quarterly Journ. of Med., lug. — C. J. FULLER. Affezione policistica famiìiare dei reni. — M. MAIZELS e C. B. MCARTHUR. Acidemia e alcalinemia nella diarrea e nel vomito dell'infanzia. — H. BEDINGFIELD. Visceroptosi e invalidismo cronico.

Giorn. di Cl. Med., 20 lug. — G. NONNIS e C. SALARIS. La reaz. emoclasica nella sifilide viscerale. — G. VERCELLANA. Potere patog. per l'uomo dei batteri di Bruce e di Bang.

Brasil-Med., 29 giu. — R. S. TEIXEIRA MENDES. Classificaz. dei riflessi.

Riforma Med., 20 lug. — V. PUTTI. Sciatiche vertebrali. — L. PAOLAZZI. Insufflaz. sotocut. di ossigeno e riserva alcalina del sangue.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringologia.

Edinb. Med. Journ., ag. — L. MARTINDALE. Trattamento del cancro uterino.

Brit. Med. Journ., 27 giu. — Numero sul congresso dell'Assoc. Med. Britann.

Proc. R. Soc. Med., lug. — Discussione sull'encefalomielite disseminato. — Copiosa casistica.

Lancet, 27 lug. — A. H. BURGESS. Debiti della chirurgia verso le scienze sussidiarie.

Wien. Klin. Woch., 25 lug. — LEHNDORFF. La febbre glandolare idiopatica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI — Roma, 16 Settembre 1929 — Num. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. Ist. di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. V. ASCOLI.

Sull'impiego della plasmochina nei casi di emoglobinuria da chinina

per il dott. M. TORRIOLI, ass. vol.

Il problema della ripresa della terapia specifica antimalarica nei casi ben accertati di emoglobinuria da chinino nei malarici non si impone generalmente al medico pratico come una questione d'urgenza.

I casi infatti in cui, dileguato l'attacco, ricompaiano subito febbri sicuramente malariche con parassiti in circolo, sono rari; anche più rari i casi in cui i parassiti restino in circolo durante l'attacco.

È noto infatti che i globuli parassitiferi vanno per primi incontro alla distruzione, provocando così una immediata scomparsa di tutti i parassiti circolanti.

Ma se il problema non è urgente non cessa per questo di essere grave. Quando il medico, con l'abituale terapia d'urgenza, è riuscito a sostenere il paziente nel momento acuto dell'attacco, quando con ipodermoclisi e diuretici è riuscito a ristabilire la diuresi più o meno gravemente compromessa, quando con i comuni mezzi stimolanti degli organi ematopoietici avrà ristabilito soddisfacentemente le condizioni ematiche del malato, potrà con eguale tranquillità fronteggiare la ricomparsa di febbri sicuramente malariche con parassiti in circolo valendosi dello stesso preparato chinaceo che poco tempo avanti aveva messo a repentaglio la vita del paziente?

È ben vero che numerosi casi furon descritti in cui la ripresa di una terapia identica a quella che aveva scatenato l'attacco rimase perfettamente innocua, ma è anche vero che nella più gran parte dei casi la sensibilità morbosa per il farmaco rimane ed ogni nuova somministrazione può scatenare un nuovo attacco non meno pericoloso del primo. E la dolorosa esperienza di questi casi è troppo comune per non rendere perplesso e titubante il medico ogni qual volta si trovi in presenza di un caso del genere.

*
* *

Ammesso il principio di ricercare il rimedio alla malaria solo nella china e nei suoi

alcaloidi ed osservato come i singoli casi di emoglobinuria fossero specificamente provocati da uno degli alcaloidi stessi un gran passo venne fatto nella risoluzione del problema. Infatti Ascoli (1) nel 1919 proponeva all'Accademia Medica di Roma, basandosi su felici risultati già ottenuti, di curare la malaria negli emoglobinurici da chinino con la cinconina e nei rari casi da cinconina con il chinino. Da allora una lunga e felice casistica clinica non ha fatto che confermare tale principio.

Nel 1926 Ghiron (2) analizzando le cause del processo emolitico negli emoglobinurici riuscì a dimostrare come in questi ammalati esistesse una emolisina che, completamente inattiva in vitro, in presenza di globuli rossi normali, mostrava tutta la sua azione se posta in contatto con globuli rossi di malarico impregnati di chinino. La tecnica era la seguente. In una serie di dieci provette venivano poste soluzioni scalari di cloridrato di chinino da 1 % a 0,10 %. A ciascuna provetta venivano aggiunte due gocce di sospensione di globuli rossi di malarico. Dopo dieci minuti di riscaldamento in stufa a 37° venivano aggiunte due gocce per provetta del siero di emoglobinurico da prendere in esame. Nel caso che il siero fosse stato prelevato da più di 24 ore veniva aggiunto complemento in ragione di una goccia per provetta. Si riscaldava in stufa a 37° e si leggeva l'emolisi ogni dieci minuti.

Gosio (4) riprese nel 1928 le ricerche, dimostrando come l'emolisina trovata dal Ghiron avesse caratteri simili a molte delle emolisine precedentemente conosciute e ben individuate; come essa fosse termolabile, ultrafiltrabile e come avesse la proprietà di fissarsi solo sui globuli precedentemente imbevuti di chinino.

Quasi contemporaneamente Lega (3) estese le esperienze anche ad altri alcaloidi della china sempre valendosi della tecnica del Ghiron. Egli prese in esame sieri di emoglobinurici in cui l'attacco era stato scatenato da alcaloidi differenti e giunse alla conclusione che in tutti l'emolisina veniva attivata dal chinino; che la chinidina attivava solo quelli da chinidina e da chinino, mentre la cinconina si mostrava sempre inattiva, meno nei casi in cui si trattava precisamente di emoglobinuria da cinconina.

Questa brillante conferma sperimentale alla lunga casistica clinica che, come ho detto, era stata dall'Ascoli osservata fin dal 1919, mi hanno indotto a valermi della tecnica del Ghiron per saggiare sperimentalmente in vitro qualche altro farmaco impiegabile utilmente e senza pericolo nei casi di emoglobinuria. Infatti anche volendo prescindere dalle varie interpretazioni del meccanismo intimo della reazione che ci porterebbero troppo lontano, questa resta un dato di fatto incontrovertibile e se anche non ci spiega il perchè l'attacco emoglobinurico si scateni, ci dà una idea abbastanza precisa del come esso avvenga, e può quindi rendere utili servigi in clinica per controllare in vitro la parte che un farmaco può rappresentare di fronte ad un siero di emoglobinurico in contatto con i propri globuli rossi.

*
* *

Il preparato sintetico preso in esame è stata la plasmochina in questi ultimi tempi molto vantata come efficace ed inoffensiva nei casi di emoglobinuria chininica nei malarici.

Mi sono valso all'uopo della soluzione già pronta del preparato che vien posta in commercio per uso ipodermico. Al momento della reazione aggiungevo NaCl fino a rendere la soluzione isotonica.

I sieri presi in esame provengono tutti da ammalati osservati in Clinica al di sopra, quindi, di ogni dubbio circa la diagnosi. Solo il primo siero venne usato fresco quindi senza aggiunta di complemento, tutti gli altri vennero chiusi in fiala e al momento della reazione venne aggiunto complemento di cavia nel caso III, umano in tutti gli altri casi. I globuli rossi impiegati furono sempre di ammalati di terzana benigna che si dimostrarono i più adatti. Il riscaldamento venne fatto in stufa a 37°.

La tecnica seguìta è stata la seguente, identica a quella già usata dal Ghiron. In una serie di dieci provette vennero poste venti gocce per provetta di soluzioni scalari di plasmochina dall'1 % al 0,10 %. In ogni provetta vennero aggiunte due gocce di sospensione di globuli rossi di malarico lavati, quindi, dopo cinque minuti di riscaldamento in stufa a 37° due gocce di siero di emoglobinurico. Nei casi in cui veniva impiegato siero conservato in fiale veniva aggiunta una goccia per provetta di siero fresco, umano o di cavia.

Contemporaneamente veniva allestita una seconda serie di provette identica alla prima in cui, al posto della plasmochina era stato posto del chinino cloridrato per controllare l'attività del siero.

Le due serie di provette venivano collocate in stufa a 37°. L'emolisi veniva letta ogni 10 minuti.

CASO I. — *Emoglobinuria chininica grave mortale.*

Globuli rossi di terzanario. Stufa a 37° (1).

Plasmochina:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
MINUTI 10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+
30	—	—	—		—	—	—	+	++	++
60	—	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++
90	—	—	—	—	—	—	++	+++	+++	+++
12h	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++

Chinino:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
MINUTI 10	—	—	—	—	—	—	—	+	++	++
20	—	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++
30	—	—	—	—	—	+	+++	+++	+++	+++
60		—	—	—	+	++	+++	+++	+++	+++
90	—	—	—	—	++	+++	+++	+++	+++	+++
12h	—	—	—	—	++	+++	+++	+++	+++	+++

Si nota nella serie di provette con la plasmochina una emolisi meno completa più tarda e a concentrazioni maggiori che non con il chinino.

Prolungando la permanenza in termostato per altre 11 ore, nella serie di provette con la plasmochina si nota un estendersi dell'emolisi anche alla 6ª provetta nonchè una evidente alterazione della emoglobina disciolta sulla cui entità e sul cui significato torneremo in seguito.

CASO II. — *Emoglobinuria lieve da chinidina. Globuli di terzanario.*

a) Una settimana dopo l'accesso:

Chinino:

Concentrazione	0,1	0,2	0 3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—	—	—	—	—	+	++	++
20	—		—	—	—	—	+	++	+++	+++
30	—	—	—	—	—	+	++	++	+++	+++
60	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++	+++
90	—	—	—	—	++	+++	+++	+++	+++	+++

Plasmochina:

Concentrazione	0.1	0.2	0 3	0,4	0.5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—	—		—	—	—	—	+
20	—	—	—	—	—	—	—	+	+	++
30	—	—		—	—	—	—	++	+++	+++
60	—	—	—		—	—	+++	+++	+++	+++
90	—	—	—	—		—	+++	+++	+++	+++

(1) Con — viene indicata assenza totale di emolisi; con +++ emolisi completa; con ++ e + emolisi parziali.

b) Un mese dopo l'accesso:

Chinino:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0 8	0,9	0,10
10	—	—	—	—	—	—	—	+	++	++
20		—	—	—	—	—	+	++	+++	+++
30	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++
60	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++	+++

Plasmochina:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	+	++
30	—	—		—	—	—	—	+	++	+++
60	—	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++

A un mese dall'attacco emoglobinurico le febbri malariche non erano ancora ricomparse. Mentre la seconda prova col chinino è identica alla prima si nota una marcata diminuzione dell'emolisi nella serie di provette contenenti la plasmochina.

CASO III. — *Emoglobinuria gravissima mortale.* Globuli rossi di terzanario.

Chinino:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—	—	—	—	+	++	++	+++
20	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++
30	—	—	—	—	—	++	+++	+++	+++	+++

Plasmochina:

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—		—	—	—	—	+	++
20	—	—	—	—	—	—	—	+	+++	+++
30	—	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++

Altre due prove eseguite con un siero di emoglobinuria grave da cinconina e di uno lieve da chinina, di cui non riporto i protocolli per brevità, dettero dei risultati perfettamente analoghi. Ecco i risultati dopo 30 minuti di osservazione del primo di questi.

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
Chinina	—	—	—	—	+	++	+++	+++	+++	+++
Plasmochina	—	—	—	—	—	—	+	++	+++	+++

Come controllo alle prove surriferite, per verificare quanta parte dell'emolisi osservata spettasse all'azione tossica diretta della plasmo-

china sui globuli rossi, all'infuori di qualunque azione di sieri, i globuli usati nelle reazioni vennero volta per volta saggiati su soluzioni di plasmochina identiche a quelle usate nelle reazioni.

Si ottennero sempre emolisi del tipo di questa riportata più sotto. Le alterazioni di colore osservate nell'emoglobina disciolta furono identiche a quelle osservate nelle prove coi sieri.

Concentrazione	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,10
10	—	—	—	—	—	—	—	—	+	++
20	—	—	—	—	—	—	—	+	++	+++
30	-	—	—	-	—	—	+	++	+++	+++

CONCLUSIONI.

La plasmochina dunque in tutti i casi di emoglobinuria saggiati con il metodo di Ghiron ha dato una emolisi molto meno pronta e meno completa e a più forte concentrazione che non il chinino. Emolisi da una parte eguale circa a quella che si ottiene con la cinconina pur nei casi in cui questa viene impunemente somministrata, eguale dall'altra all'emolisi tossica che si ottiene mettendo direttamente a contatto globuli rossi con soluzioni scalari di plasmochina.

A conforto di questa ultima affermazione stanno le alterazioni dell'emoglobina rinvenute nell'una e nell'altra esperienza. .

Se si pensa poi che le concentrazioni con le quali si è sperimentato sono enormi rispetto a quelle che in vivo si possono ottenere con le somministrazioni abituali di plasmochina, si può concludere che anche questa via sperimentale, che in molti casi ha potuto dare utili conferme e suggerimenti alla pratica, permette di affermare la innocuità della plasmochina nei casi di emoglobinuria chininica.

Quanto alla sua eventuale efficacia terapeutica, esorbita dai limiti del presente lavoro dare un giudizio definitivo qualsiasi. Stando però a quanto gli stessi fabbricanti del prodotto riconoscono, alla sua scarsa efficacia cioè sulle forme schizontiche e alla sua elettività per le forme gametiche, credo non sia difficile preconizzare per le emoglobinurie chininiche una cura mista di plasmochina e cinconina in proporzioni analoghe a quelle già impiegate col chinino per la plasmochina composta, lasciando alla cinconina il compito di combattere le forme schizogoniche eventualmente ricomparse dopo l'attacco.

Naturalmente, una volta accertata la natura chininica della emoglobinuria e una volta esclusa in modo sicuro la forma malarica pura, la terapia suaccennata va intrapresa solo dopo ricomparse le febbri malariche.

Nè, credo, sarebbe prudenza eccessiva far precedere alla somministrazione un controllo in vitro, caso per caso, con la tecnica sopradescritta, della innocuità del farmaco, perchè non dovrebbe affatto stupire la scoperta casuale di qualche siero più o meno specificamente sensibile per la plasmochina come ne sono stati trovati, oltre che per il chinino, per la chinidina e perfino per la cinconina generalmente così innocua.

RIASSUNTO.

L'A. valendosi della tecnica proposta dal Ghiron per mettere in evidenza le proprietà emolitiche dei sieri di emoglobinurici, ha saggiato il comportamento di questi in presenza di plasmochina.

I risultati delle ricerche lo autorizzano a concludere per l'innocuità del farmaco nella ripresa della terapia antimalarica dopo l'attacco.

BIBLIOGRAFIA.

(1) ASCOLI VITTORIO. Bullettino della Reale Accademia Medica, anno XLV, fasc. V-VIII, pagina 63.

(2) GHIRON MARIO. *Sulla emoglobinuria dei malarici.* Policlinico, Sez. medica, vol. XXXIII, fasc. 1.

(3) LEGA GIULIO. *Sul processo emolitico nell'emoglobinuria dei malarici.* Rivista di Malariologia, a. VII, fasc. I.

(4) GOSIO RENATO. *Ricerche sulla emolisina della emoglobinuria da chinino nei malarici.* Policlinico, vol. XXXV, fasc. 10.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di S. Maria dei Battuti - S. Vito al Tagliamento

REPARTO CHIRURGICO

diretto del primario dott. PIERO MASOTTI.

Sarcoma polimorfo dell'omero post-traumatico con frattura spontanea

per il dott. C. ROMANINI, assistente.

Ritengo interessante pubblicare il caso che qui espongo e che ho avuto l'occasione di studiare durante il mio periodo di assistentato presso il primario dott. Piero Masotti al quale rivolgo un vivo ringraziamento e tutta la mia riconoscenza.

Il giorno 6 luglio 1928 si presentò all'Ambulatorio del nostro Ospedale con una accompagnatoria del Sanitario del suo Comune, certo R... Antonio, di anni 64, da Valvasone.

Narra che il settembre scorso mentre governava degli animali nella stalla cadde a terra producendosi una frattura fra il 1/3 medio ed il 1/3 inferiore dell'omero destro.

Tale lesione andò consolidandosi e guarì chirurgicamente in un termine di oltre 60 giorni, però durante il periodo della guarigione ebbe dolori acuti al braccio per i quali dovette ricorrere alla morfina.

Da circa 4 mesi cominciò a notare una tumefazione dura che andò facendosi fusiforme in corrispondenza della frattura. Accusando dolori e tumefacendosi sempre più il braccio, che andò assumendo una posizione viziata per semi anchilosi dell'articolazione del cubito, ricorse alle cure del Sanitario che, sospettando una forma neoplastica, lo mandò al nostro ambulatorio per accertamento con esame radioscopico. Il Primario, dopo la visita del caso, il 6 luglio 1928 (C. C., n. 302) credette opportuno accoglierlo nel suo reparto chirurgico per opportuno intervento, avendo edotto il paziente della gravità della lesione.

Esame obbiettivo: costituzione scheletrica regolare; masse muscolari ben sviluppate e sode; pannicolo adiposo piuttosto scarso, mucose visibili roseo-pallide per un certo grado d'anemia.

Capo e collo: nulla di particolare.

Torace: ampio e simmetrico, angolo del Louis sporgente; fosse sopra e sottoclaveari infossate; le escursioni respiratorie sono un po' limitate per un certo grado di enfisema, il fremito vocale tattile è pure diminuito e la percussione è un po' timpanica.

Cuore: nei limiti, toni netti ben udibili in tutti i focolai ma però lontani. Non soffi, non rumori patologici. L'arco aortico è lievemente aumentato.

Addome: trattabile e indolente. Il fegato sporge 1 dito trasverso dall'arcata costale. Milza nei limiti. Esame dell'orina completamente negativo. Wassermann pure negativa.

Il braccio destro in corrispondenza del suo limite fra 1/3 superiore e 1/3 medio appare tumefatto e mentre il braccio sinistro normale misura di circonferenza a 4 dita dell'articolazione del gomito cent. 25; il destro nel medesimo punto ha una circonferenza di cent. 37. È inoltre irregolarmente fusiforme, la tumefazione è di consistenza pastosa; e nel margine dell'omero al 1/3 superiore si percepisce una elasticità a limiti indistinti.

Essa tumefazione apparisce chiaramente originatasi dalle parti parietali del braccio e precisamente dall'osso (omero) perchè a questo è intimamente aderente, lo deforma per un certo tratto e dove la periferia della tumefazione non arriva sotto pelle, e cioè in tutto il contorno del braccio, ad eccezione del lato interno, i muscoli vi sono interposti e non impediti nella loro funzione. La pelle dell'arto è distesa, assottigliata ma non dappertutto può essere sollevata in pliche bensì solo al contorno esterno anteriore e posteriore. Essa è solcata da una ricca rete sottocutanea: fra le maglie della rete, la pelle in corrispondenza al 1/3 superiore al lato interno è giallo-rosea. La temperatura della regione affetta è un po' più elevata di quella dell'avambraccio. La tumefazione duole sponeaneamente: non si constata interruzione dell'osso nè masse fungose che si avanzino fra le parti molli, nè crepitazione, nè fremito vascolare. I movimenti articolari del polso e delle dita sono normali; si hanno dolori nei movimenti passivi dell'articolazione omero-scapolare. Le ghiandole viciniori sono normali.

Quantunque l'anamnesi nulla rilevasse da condurre al sospetto di una comune affezione ossea d'indole granulo-fungosa, pure non era lecito prescindere da tale sospetto, tenuto conto della sede e del decorso. Infatti: datava da circa otto mesi il trauma, e già dopo circa quattro mesi lo stesso paziente erasi accorto di una alterazione di volume e di forma nella regione dolente, ed erano evidenti inoltre altri fatti, quali il colorito e la distinzione della pelle, specie al contorno interno: il leggero aumento di calore; la dolorabilità e la elasticità dei tessuti che giustificavano il dubbio di una semplice osteopatia.

Prima però di passare al radicale intervento venne deciso di tenere l'ammalato in osservazione per qualche giorno onde espletare le ricerche diagnostiche del caso.

L'attesa di questi giorni tornò davvero provvidenziale, perchè un fatto singolare, avvenuto spontaneamente valse a mettere il curante nella possibilità di una diagnosi in via assoluta.

Avvenne cioè, che una mattina sollevando il braccio dell'ammalato venne notato un movimento preternaturale e si percepì uno scroscio. Subito dopo, e quale effetto o conseguenza dello scroscio, si rese evidente una interruzione della continuità dell'osso nel punto dove appariva ingrossato. L'avvenuta frattura spontanea dell'omero, nel caso speciale, non poteva, nè potè imputarsi a nessuna delle varie cause che possono determinarle, se si eccettui quella da una neoplasia dell'osso.

Infatti non eranvi elementi per ammettere una osteomielite, perchè, come attestano Lavnelongne e Comby, in tali casi la frattura spontanea avviene in un periodo non molto vicino, anzi molto lontano dall'inizio del male, ed è sempre dovuta a necrosi e sequestri pregressi, di cui nel nostro paziente non eravi alcun indizio.

Non reggeva neppure l'ipotesi di osteomalacia da rachitismo, di cisti idatidee dell'osso, mancan-

do i caratteri speciali, sia generali, sia locali. La stessa osteopsatirosi di Lobstein, o fragilità costituzionale delle ossa, non poteva essere ventilata, perchè, quantunque ancora oscura l'anatomia patologica in argomento, pure si sa che quasi sempre è ereditaria; che non è preceduta da alterazioni obbiettivamente apprezzabili, e si presenta sovente, se non la frattura, certo la disposizione in parecchie ossa contemporaneamente.

Non si poteva pensare a frattura spontanea, dovuta ad una affezione generale, quali la sifilide, l'artritismo, il diabete, la fosfaturia, lo scorbuto, perchè affatto negativi erano l'anamnesi e lo stato presente: non a frattura spontanea di origine nervosa, come l'atassia, l'atrofia muscolare progressiva, la paraplegia, la paralisi generale.

Valutando tutti i fatti riferibili all'età del paziente, al decorso, al modo di presentarsi della regione ammalata e valutando la ulteriore sopravvenienza, cioè la frattura spontanea, si concluse coll'ammettere in via assoluta, quale causa, una neoplasia dell'osso, e precisamente di origine periostale, anzichè midollare o centrale, perchè il tumore erasi presentato prima della frattura spontanea e ciò sebbene sianvi casi di neoplasia centrale, in cui, in seguito a perforazione dell'osso, venga sollevato il periostio, e la regione affetta si presenti con i caratteri di un ascesso sotto periosteo, o di un aneurisma osseo.

La possibilità di una forma tubercolare fu esclusa, oltre che per la nessuna ereditarietà e precedente manifestazione personale, anche per il caso, che è vero, come dice il Duplay, che la tubercolosi si localizza nella diafisi di un osso lungo; e nel nostro paziente, inoltre non vi erano indizi di cachessia tubercolare la quale solamente per la degenerazione grassa che determina, riduce assai la resistenza delle ossa.

Per le esposte considerazioni rimaneva dunque evidente ed abbastanza facile la diagnosi di frattura spontanea per neoplasia; e, pur troppo, la cura non poteva esser fatta che con la disarticolazione dell'arto, essendo la sede della neoplasia piuttosto alta e quindi in prossimità all'epifisi.

Con le dovute cautele si rese edotto il paziente della gravità del suo male non solo, ma della gravità della cura che si rendeva necessaria, imperocchè la esperienza clinica e l'anatomia patologica hanno confermata la non consolidazione nei casi di frattura spontanea da neoplasia, e ne fanno fede le osservazioni del Morand, Ponteau, Dupuitren, Malgaigne, Velo, Schwalbe, quantunque Ponteau e Rumpelt citino casi di consolidazione, i quali, assai probabilmente, avranno avuto origine da una atrofia speciale.

FIG. 1.

Il paziente non oppose resistenza alla proposta fattagli dell'asportazione del braccio.

Prima però di passare all'intervento si praticò la radiografia che qui riporto (fig. 1). Come si osserva è evidente l'interruzione ossea dell'omero. L'osso per circa tre centimetri sopra e sotto la linea di frattura si rileva notevolmente distrutto e ben distinguibile dalle altre parti di osso sano.

Siamo di fronte a un sarcoma periostale a sviluppo circolare. Il tessuto neoplastico ha usurato la corticale e provocato in essa la formazione d'un tessuto trabecolare osseo opaco che suddivide la massa neoplastica in un insieme di aree multiformi trasparenti, contemporaneamente alla periferia, per reazione periostale, si è formato un inspessimento osseo che delimita e contiene il tumore verso le parti molli (guscio corticale opaco).

Il 9 luglio si sottopone il paziente all'atto operativo (operatore dott. Romanini, cloroformizzatore dott. Majeron, aiuto il primario dott. Masotti). Pratico la disarticolazione dell'arto in parola col metodo a racchetta e con la tecnica dovuta in questo intervento e che mi sembra superfluo descrivere: l'andamento post-operatorio fu normale la guarigione per 1ª intenzione.

Alla sezione dell'arto il bisturi subito al di sotto

del tessuto muscolare, assai atrofico, trovò una massa resistente, stridente al taglio, di un color rosso grigio che non era altro che il guscio corticale opaco sopra descritto. Al di sotto trovai una caverna incavata nell'osso e rìpiena d'un liquame torbido, grigiastro, tipico in queste forme, dovuto ziato un processo di rammollimento. Fu l'esperienza di altri casi occorsi al primario, non che la diagnosi differenziale, basata sulla valutazione di tutti i sintomi, che potè far escludere ogni altra affezione, eccetto la neoplasia.

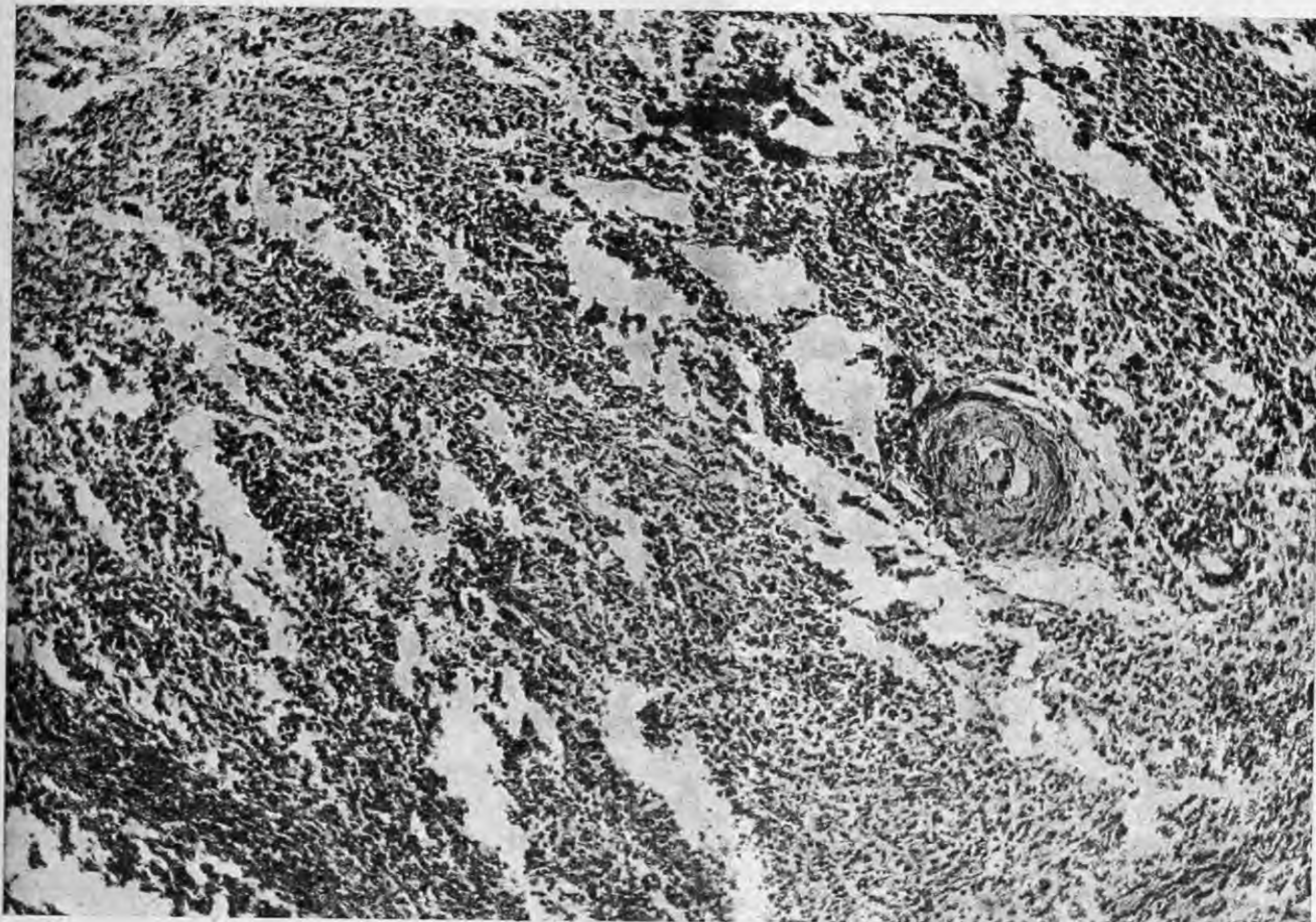



Fig. 2.

a sfaldamento delle cellule ossee ed alla formazione di quelle neoplastiche.

L'esame istologico praticato gentilmente a Firenze dall'amico e collega Liesch, che ringrazio, diede i seguenti risultati: sarcoma non veramente tipico, misto di cellule grandi e piccole, pochissimo stroma connettivale, moltissime cellule.

Diagnosi: (confermata anche, per maggior sicurezza nell'Istituto di Anatomia Patologica di Firenze) *sarcoma polimorfo* (fig. 2).

Da codesto caso clinico si possono trarre le seguenti considerazioni:

che lo sviluppo della neoplasia avvenne in seguito ad un trauma;

che è innanzi tutto interessante la relativa rapidità con cui si presentarono le alterazioni di forma e di volume della regione dolente; e ciò a confermare dell'origine osteoperiostea anzichè centrale dell'osso.

Ma d'altronde non devesi nascondere, come era facile, anche la interpretazione erronea dell'indole morbosa, potendo essere ammessa, senza un'osservazione dettagliata ed uno studio completo, specialmente la natura tubercolare, tanto più che al lato interno, i caratteri fisici della tumefazione inducevano a ritenere ini-

Questa, già alla prima vista, fu subito ventilata; ed i successivi rilievi della frattura spontanea, della radiografia e del reperto istologico, valsero a confermarla.

È vero che fu ammessa, prima dell'esame microscopico, la natura sarcomatosa del processo, ed infatti il cancro, il sarcoma sono le forme più frequenti.

Erasi escluso il primo, perchè, come dicono Richárd e Verneneil, il cancro dell'osso è raramente primitivo in questo e la frattura avviene quando è arrivato il periodo di cachessia; è di solito generalizzato ed in rapporto con la fosfaturia. Il sarcoma invece, è più frequente, specie nelle ossa lunghe, sebbene a preferenza nel femore (11 su 26 casi raccolti da Schwarz); indi è preceduto, se periostale, come nel caso presente, dalla comparsa di una tumefazione di consistenza varia, a seconda della forma cellulare dei suoi elementi; e la frattura, stando al Gross di Filadelfia, avviene nel 70 % nella forma globo-cellulare; 11 % nella fuso-cellulare.

La terapia in questi casi non può essere che l'ablazione totale dell'arto. Infatti è dimostra-

to dall'esperienza, come già più sopra dissi, che le fratture spontanee dell'osso per neoplasia, di raro passano a consolidamento perfetto, indi è facile la generalizzazione, e solo si può tentare una resezione nel caso sia una neoplasia incipiente, limitata ad un piccolo tratto dell'osso stesso.

Quanto alla guarigione definitiva e costante, io la credo, se non certa, per lo meno probabile, sebbene secondo Kuster e Borck, la frattura spontanea dell'osso malato sia un criterio di processo morboso avanzato, e non senza compartecipazione del midollo e, secondo Rose, si abbiano risultati definitivi solo quando medico e malato si decidano assai per tempo all'operazione radicale.

Malgrado ciò, nel caso attuale, l'intervento chirurgico era non solo indicato, ma necessario, data la gravità del male; e, d'altronde, l'indole non eminentemente infettiva della neoplasia e la mancanza di segni di metastasi in altre parti ripromettano, quale è desiderato, l'esito della cura istituita.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di sarcoma polimorfo dell'omero destro con frattura spontanea susseguente ad un trauma subìto 10 mesi prima. Discute le diagnosi differenziali, consiglia la ablazione immediata dell'arto e ne trae le relative considerazioni.

LETTERATURA.

1. BARBACCI. I tumori.
2. BORCK. Chirurgen Congress XIX, Berlin, 1890.
3. BERGMANN-BRUNS. *Trattato pratico di chirurgia*, vol. I.
4. DUPUYTREN. *Leçons orales T. I.*
5. DUPLAIZ ET RECLUES. *Trattato di Chirurgia*, 1893.
6. DURANTE. *Patologia e Terapia Chirurgica*, v. II.
7. FORGUE. *Compendio di patologia Chirur.*, volume I.
8. HÖNITZER. *Zur totalen Ensfemury des Knöchernen-Schultergürtels.* Deutsche Zeitschf. Chir., Bd. 52.
9. KRAUSE. *Ueber Behrandlung der schaligen myeloiden Sarkome durch Austranmurg.* Verhandlungen d. Chirurgen congress., 1889.
10. KÜSTER. *Ueber Sarkome der langen Rohreng nochen.* Deutsche med. Wochenschr., XVI-41.
11. MALGAIGNE. *Traite des fractures et des luxationes*, T. I.
12. MASOTTI. *Mixo fibroma dell'omero; frattura spontanea.* Riv. Veneta, fasc. X, 1905.
13. MORAND. *Mem. de l'Acad. de Chirurgie*, T. III.
14. NASSE. *Die Sarkome der langen Röhreng nochen.* Archif. Klin. Chir. Bd. 39.
15. ID. *Die extirpation der schulter und ihre Bedentung für die Behandlung der Sarkome des humerus Samul.* Clin. Vortz, 1893.
16. PONTAEU. *Ouvr. postumes*, T. I.
17. ROSE. Associazione libera dei chirurghi, Berlino, 1890.
18. ROTTER. *Ein Fall von Resection des ganges Oberarum nochens Steyen Sarkom.* Centralb. f., Ch. 1898.
19. RUMPELT. Gazette médicale, 1835.
20. SCHWALBE. *Errori diagnostici e terapeutici e criteri per evitarli.* Chirurg., Parte I, 1928.
21. *Trattato di diagnostica radiologica.* Edito dalla S. I. R. M.
22. VELO. *Frattura spontanea del femore destro da sarcoma periostale centrale midollare*, 1890.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Civile di Carrara - Sezione Medica.

L'enfisiterapia azotata nella sciatica

per il dott. ERMINIO CECCHINI, assistente.

Numerosi e svariati sono i mezzi curativi della sciatica tanto che possiamo fra essi distinguere i medicamenti interni, i medicamenti locali, le cure fisiche, le iniezioni ipodermiche, le iniezioni epineurali, lo stiramento e la ipodermoenfisi.

I medicamenti interni (i vari preparati salicilici, il chinino, la fenacetina, etc.) sono quelli di più largo e comune uso, adoperati spesso contemporaneamente ad applicazioni calde sui punti dolorosi e ad unzioni con soluzioni alcooliche od oleose di salicilati, in unione per lo più a calmanti.

Frequente è pure la cura revulsivante locale con vescicanti, con senapismi e più raramente con causticazioni al color rosso sopra i punti dolorosi. Da tutti questi mezzi più comuni qualche volta l'ammalato ottiene la guarigione, mentre altre volte il male persiste, più o meno attenuato, richiedendo l'aiuto di altre cure. Concorrono così al miglioramento i massaggi, i bagni termali, i bagni di luce, le applicazioni elettriche. In questi ultimi tempi non sono mancati buoni successi con la cura del radium, dei raggi X e dei raggi ultravioletti.

Fra le iniezioni ipodermiche che hanno incontrato maggiore fiducia nella pratica, sono quelle di una soluzione di acido fenico al 2 %, già raccomandate da Baccelli, praticate per diverse volte di seguito nei punti dolorosi.

Alcuni autori, con tale metodo, hanno riportato eccellenti risultati in sciatiche che duravano da anni. Visentin riferisce di aver guarito cinque casi di sciatica ribelli ad ogni cura con 30-40 iniezioni di soluzione fenica.

Mereu invece è riuscito ad ottenere la guarigione con meno di 20 iniezioni. Noi abbiamo

fatto uso di una soluzione di acido fenico al 5 %, con risultati buoni, senza nessun inconveniente. Bastano spesso poche iniezioni per ottenere ottimi risultati. Recentemente Riva ha proposto le iniezioni intramuscolari di calomelano sulle sciatiche ribelli. Rossi ne ha confermato l'efficacia avendo ottenuto la guarigione in numerosi casi. L'azione curativa del calomelano viene spiegata come revulsivante.

Lange nel 1906 introdusse in pratica il metodo dell'infiltrazione perineurale, per mezzo dell'imbibizione del nervo sciatico con soluzione fisiologica. Egli aggrediva il nervo attraverso l'incisura ischiatica ed iniettava 80-120 cmc. di siero fisiologico alla temperatura di 37°-38°. Qualche volta aggiungeva alla soluzione fisiolofica degli anestetici.

Dopo l'infiltrazione l'ammalato doveva rimanere a letto per 24 ore. La guarigione spesso avveniva dopo una sola di tale iniezione. In caso contrario la ripeteva alla distanza di 4-5 giorni, per altre due o tre volte.

L'A. con questo metodo ha curato 25 persone sofferenti da anni di sciatica: 13 di esse guarirono del tutto, 10 migliorarono e 2 non ne risentirono nessun beneficio. Leszijuscky riporta 125 casi guariti con l'infiltrazione perineurale. Gzümbann con ottimi risultati ha eseguito 200 infiltrazioni di soluzione fisiologica. Altri autori applicarono largamente tale metodo di cura, unendo alla soluzione fisiologica delle soluzioni di cocaina.

Grossmann più tardi osservò numerose recidive di sciatiche curate con l'imbibizione; anzi Babitzky negò alcuna efficacia, consigliando iniezioni sul nervo di soluzioni al 2-5 % di novocaina.

Jaboulay pensò di agire sul simpatico sacrale iniettando 10-15 cmc. di soluzione fisiologica con anestetici, nello spazio retro-rettale subito al davanti del coccige.

Panegrossi si è servito di questo metodo in diversi casi, ottenendo buoni casi solamente nelle forme acute. Catheliu, per agire sulle radici del nervo sciatico, fece iniezioni epidurali di soluzioni anestetiche. Mancini, perchè l'anestetico agisse sul maggior numero di radici nervose, praticò l'anestesia lombare con 12-15 cmc. di soluzione al 5 % di novocaina ottenendone buoni risultati.

La cura rimaneva assolutamente negativa nelle forme sintomatiche. Schlosser (1910) propose iniezioni, nel tronco nervoso, di alcool a 80°.

La pratica però ha dimostrato che con tali iniezioni venivano a formarsi delle vere forme di nevriti.

Anche la chirurgia si è occupata della cura della sciatica intervenendo con lo stiramento cruento. Nannini riporta sei casi di sciatica che duravano già da due anni, curati e guariti del tutto collo stiramento cruento. Con questo metodo, il nervo viene messo allo scoperto, isolato dalle eventuali aderenze infiammatorie e sottoposto ad uno stiramento uniforme, senza strappi. Nei giorni successivi all'intervento gli ammalati accusano dolori e parestesie a tutto l'arto operato; presto però i dolori scompaiono e la guarigione avviene in circa 15 giorni

Qualche volta si ricorre anche allo stiramento incruento, con risultati assai scarsi. Anzi Pers afferma che lo stiramento incruento peggiora per lo più il male: consiglia di intervenire con la neurolisi per togliere le numerose e piccole aderenze del nervo coi tessuti vicini.

Frequente era nel passato la cura della sciatica con la cauterizzazione del lobulo e del trago dell'orecchio del lato affetto. Per lo più in questi casi insieme alla sciatica esistevano fatti nevralgici anche all'orecchio.

Viola riporta un caso di sciatica che durava da 4 anni, guarito con un salasso di circa 600 cmc. fatto in due volte alla distanza di otto ore.

Come si vede numerosi e ben svariati sono i metodi terapeutici della sciatica, con risultati diversi, forse per la varietà delle cause che sostengono la malattia e che spesso sfuggono alla nostra indagine.

Un metodo di cura che ha dato sempre ottimi effetti agli autori che lo hanno applicato, è quello dell'enfisiterapia. Cordier, nel 1902, incaricò un assistente dello svuotamento di un idrarto ad un ginocchio. L'assistente, che si serviva dell'apparecchio del Potain, per errore, invece di praticare l'aspirazione, insufflò dell'aria nell'articolazione stessa. Il dolore che l'ammalato fino allora aveva accusato al ginocchio scomparve immediatamente. Cordier spiegò tale fatto con la distensione dei piccoli filetti nervosi amielinici del derma. Già nel 1812 Cooper aveva dimostrato che l'insufflazione di aria nel sottocutaneo era innocua. Cordier, quindi, per primo estese le insufflazioni di aria nelle artriti blenorragiche, nel dolore pleurico e sopratutto nella sciatica.

Per la cura di questa malattia prima fece uso dell'aria, più tardi dell'ossigeno, ma in prevalenza dell'acido carbonico. Non trovò differenze sensibili sull'effetto terapeutico fra i vari gas: solamente diversa era la rapidità di assorbimento. Cordier iniettava nei punti di maggior dolore 500-1000 cmc. di gas, servendosi dell'apparecchio di Potain e di un ago

Pravatz, facendo filtrare il gas in un tubo di gomma con tampone di cotone.

Dei 25 casi da lui curati, 17 guarirono, 6 migliorarono, 2 non ne risentirono nessun beneficio. Da allora diversi altri autori adoperarono con successo l'enfisiterapia servendosi dell'ossigeno oppure dell'aria.

Ramond e Deffius hanno atto un confronto sugli effetti suscitati dalle imbibizioni perineurali e dalle insufflazioni di aria filtrata. Riscontrarono che quest'ultima aveva una maggiore e più duratura efficacia.

Pigne nel 1902 confermò l'utilità delle insufflazioni gassose nella sciatica, qualunque ne fosse la patogenesi; facendo uso in prevalenza di aria. Non ebbe migliori risultati con l'ossigeno, con l'acido carbonico nè con l'azoto.

Anche Basso ottenne ottimi risultati usando l'aria.

Massalongo e Danio praticarono l'enfisiterapia ossigenata in 20 casi: di questi, 9 guarirono in un mese con 10-12 insufflazioni di 250-400 cmc. ciascuna e gli altri in due mesi.

Solieri sopra 40 casi ha avuto due insuccessi. In Spagna lo Zabolet (1918) ha pubblicato un lavoro in lode all'enfisiterapia ossigenata, tanto nelle forme acute che in quelle croniche.

Laborde, entusiasta dei risultati riportati in 30 casi, invita a meglio studiare l'effetto dell'enfisiterapia nella sciatica. Per poter escludere l'ipotesi della suggestione scartò gli elementi nevropatici. Egli si servì dell'aria iniettandola per mezzo dell'insufflatore Richardson e di una siringa Luer ripiena di cotone per filtrare l'aria.

Da qualche anno, nella Sezione medica dell'Ospedale di Carrara, la sciatica viene curata coll'ipodermoenfisi, facendo uso, però, contrariamente agli altri autori, dell'azoto.

Riporto in breve la storia clinica ed il diario di alcuni ammalati.

Caso I. — C. Mario, di anni 25, cavatore. Entra in ospedale il 13 settembre 1921; da sei mesi è affetto da sciatica a sinistra, ribelle ad ogni cura. Il 20 settembre si pratica la prima insufflazione di azoto a tutto l'arto (nella parte superiore della coscia, nella regione poglitea e sul polpaccio). Il 24 settembre, cioè dopo quattro giorni, i dolori ischialgici tendono a diminuire specialmente in corrispondenza della gamba. Il 4 ottobre si ripete una seconda insufflazione, questa volta limitata alla coscia dove i dolori sono più forti.

10 ottobre: I dolori alla gamba sono quasi del tutto scomparsi; persistono invece alla radice della coscia.

11 ottobre: terza insufflazione alla coscia.

15 ottobre: i dolori alla coscia vanno rapidamente scomparendo.

21 ottobre: quarta insufflazione sempre alla coscia. Esce dall'ospedale il 26 ottobre 1921 guarito del tutto.

Caso II. — T. S. Remigio, di anni 39, cavatore. Entra in ospedale il 1° marzo 1921. È sofferente da 15 giorni di sciatica a sinistra.

5 marzo: insufflazione di azoto a tutto l'arto, più intensa alla coscia.

8 marzo: l'ammalato avverte già notevole miglioramento. Il segno di Lasègue, dapprima marcato, è appena accennato.

11 marzo: seconda insufflazione alla coscia. Esce del tutto liberato dal suo male il 21 marzo 1921.

Caso III. — T. Orlando, di anni 40, cavatore. Entra il 17 maggio 1921: soffre di sciatica a sinistra da circa quattro mesi.

18 maggio: iniezione di azoto a tutto l'arto inferiore sinistro.

26 maggio: seconda iniezione. L'ammalato non risente nessun miglioramento.

29 maggio: i dolori accennano a diminuire, tanto che l'ammalato può muovere l'arto per una certa ampiezza.

31 maggio: si ripete l'ipodermoenfisi.

10 giugno: i dolori vanno scomparendo senza bisogno di altro rifornimento di gas. Esce dall'ospedale, senza accusare disturbi, il 10 giugno 1921.

Caso IV. — C. Vivaldo, di anni 25, cavatore. Entra in ospedale il 9 gennaio 1922. Da cinque mesi soffre di sciatica a sinistra.

11 gennaio: si pratica la prima ipodermoenfisi azotata, con abbondante quantità di gas.

16 gennaio: le condizioni dell'infermo permangono immutate.

25 gennaio: seconda ipodermoenfisi con scarsa quantità di azoto.

28 gennaio: l'ammalato avverte un accentuato miglioramento Il 1° febbraio vuole uscire dall'ospedale quasi del tutto guarito.

Caso V. — T. Attilio, di anni 52, ferroviere. Entra in ospedale il 4 maggio 1921 con diagnosi di sciatica a sinistra: è sofferente da due anni.

7 maggio: prima ipodermoenfisi azotata estesa a tutto l'arto.

12 maggio: seconda ipodermoenfisi.

20 maggio: l'infermo non risente alcun giovamento.

23 maggio: terza ipodermoenfisi.

27 maggio: i dolori alla gamba vanno scomparendo: persistono in modico grado, alla coscia.

3 giugno: quarta ipodermoenfisi alla coscia.

26 giugno: esce guarito del tutto.

Caso VI. — P. Egisto, di anni 50, scalpellino. Entra in ospedale il 6 giugno 1922, sofferente da tre mesi di sciatica a sinistra.

8 giugno: viene iniettata forte quantità di azoto in corrispondenza della coscia e della gamba.

11 giugno: i dolori si attenuano.

18 giugno: seconda ipodermoenfisi azotata alla radice della coscia, dove, alla pressione si risveglia dolore.

29 giugno: essendo in grado di camminare senza difficoltà, vuole uscire dall'ospedale.

CASO VII. — L. Enrico, di anni 50, scalpellino. Entra in ospedale il 2 ottobre 1923, affetto da sciatica a sinistra da tre mesi.

3 ottobre: prima ipodermoenfisi azotata alla coscia sinistra.

8 ottobre: i dolori alla coscia sono in leggera diminuzione, compaiono però dolori alla faccia posteriore della gamba sinistra.

10 ottobre: ipodermoenfisi alla gamba sinistra.

19 ottobre: seconda ipodermoenfisi alla coscia. Il miglioramento è andato sempre più accentuandosi tanto che esce dall'ospedale il 29 ottobre perfettamente guarito.

CASO VIII. — C. Angelo, di anni 22 muratore. Entra in ospedale il 15 maggio 1923, lamentandosi di forte dolore lungo la faccia posteriore dell'arto inferiore sinistro. Dall'anamnesi risulta che il dolore è incominciato dopo una caduta sopra un travicello, riportando forte contusione alla faccia posteriore della coscia sinistra.

19 maggio: prima ipodermoenfisi di forte quantità di azoto alla gamba e dalla coscia sinistra.

La sera dello stesso giorno, si notò presenza di gas nel sottocutaneo della metà sinistra dell'addome, del torace e del collo, infiltratosi dall'arto forse per l'accentuata quantità di gas iniettato e per l'abbondante adiposità dell'ammalato, il quale però non avvertì alcun disturbo.

25 maggio: è scomparso quasi del tutto l'enfisema sotocutaneo al collo ed al torace. I dolori alla coscia vanno rapidamente diminuendo.

30 maggio: seconda ipodermoenfisi di modica quantità di gas.

6 giugno: i dolori, già quasi scomparsi, incominciano di nuovo ad impedire seriamente la deambulazione. Si praticano altre ipodermoenfisi in diverse sedute. Non abbiamo ottenuto che lieve miglioramento.

CASO IX. — C. Francesco, di anni 48, cavatore. Entra in ospedale l'otto luglio 1924 affetto da due mesi di sciatica a sinistra. Si tenta la cura di iniezioni di soluzione di acido fenico al 5 %, con scarso miglioramento dell'ammalato.

23 luglio: prima ipodermoenfisi azotata. Si accentua, dopo cinque giorni il miglioramento ottenuto con le iniezioni di acido fenico.

4 agosto: seconda ipodermoenfisi. L'ammalato, continua a migliorare. Esce il 30 agosto guarito del tutto.

CASO X. — D. Oreste, di anni 50, cavatore. Entra il 21 maggio, con diagnosi di ischialgia a sinistra.

22 maggio: ipodermoenfisi azotata alla coscia sinistra.

26 maggio: il dolore va attenuandosi tanto da permettere il riposo durante la notte.

4 giugno: seconda ipodermoenfisi alla coscia ed alla gamba sinistra dove l'ammalato risente una profonda dolenzia.

6 giugno: terza ipodermoenfisi alla coscia sinistra.

Nei giorni successivi il dolore va man mano scomparendo. Il 25 giugno esce guarito.

Tralascio di riportare altri numerosi casi di guarigione coll'enfisiterapia azotata essendo la storia clinica e gli effetti della cura simili ai casi sopra riportati. Diamo la preferenza all'azoto, piuttosto che all'ossigeno, perchè questo gas è poco assorbibile e quindi la tensione che si produce nell'arto è più costantemente elevata; vengono così limitati i rifornimenti di gas ad intervalli di circa 10 giorni, mentre con l'ossigeno occorre ripeterli ogni 4-5 giorni. Ci serviamo dell'azoto dei comuni serbatoi a cilindri, innestando al rubinetto un tubo di gomma bollito ed infiggiamo poi un ago grosso obliquamente nel derma, dopo disinfezione della pelle con tintura di iodio. Aprendo il rubinetto del cilindro il gas distende lentamente il sottocutaneo, infiltrandosi nelle parti più vicine. Si favorisce l'espansione esercitando lieve pressione sul punto già rigonfio dal gas. Si cessa di inoculare l'azoto quando la pelle appare ben distesa e quando colla percussione si ha un suono chiaro timpanico. Con questo metodo, seguendo naturalmente le più rigorose regole di asepsi, non abbiamo mai lamentato inconvenienti di sorta, come non ne hanno mai lamentati gli autori che hanno fatto largo uso dell'ipodermoenfisi.

Basso, per scongiurare il temuto pericolo dell'embolia, consiglia di infiggere prima l'ago e di osservare se fuoriesce sangue; in caso negativo inietta il gas lentamente. La mancanza della pressione negativa nelle vene degli arti inferiori contribuisce a rendere meno facile l'embolia, tanto più che le pareti delle vene, eventualmente lacerate, sono spinte a collabire sotto la pressione che il gas produce anche nei tessuti vicini. L'uso di ago grosso può evitare il pericolo di penetrare in qualche vena, essendo, in genere, le vene del derma piuttosto esili, avendo inoltre la cura di infiggere l'ago tra le aponeurosi muscolari ed il derma, in parti non attraversate da tronchi venosi importanti. Durante la distensione della pelle si provoca discreto dolore, che viene però abbastanza bene sopportato, senza altro disturbo nei giorni successivi. Per lo più sono sufficienti due o tre insufflazioni di azoto, ripetute ad intervalli di circa dieci giorni, per ottenere la guarigione, che è più rapida quanto più precoce è la cura. In genere abbiamo curato sciatiche che duravano da pochi mesi. Il 5° caso, che trascinava da due anni il suo male, ha richiesto un numero di ipodermoenfisi superiore agli altri.

Il caso n. 8 non ha risentito giovamento dall'enfisiterapia probabilmente per la natura traumatica della sciatica.

Nei casi in cui non si ottengono evidenti risultati è quasi sempre da mettersi in dubbio la natura reumatica della malattia. Nelle forme sicuramente sintomatiche (diabete, intossica-

zioni, ecc.) non abbiamo avuto che miglioramenti passeggeri.

Il modo di agire dell'enfisiterapia rimane sempre poco chiaro. Cordier attribuiva la cessazione del dolore alla forte distensione esercitata sopra i filetti nervosi sensibili del derma.

P. Marie ammette che con l'ipodermoenfisi si formi un cuscinetto di gas che avvolge e protegge le terminazioni nervose dalla pressione esterna. Altri autori (Massalongo, Davio) che praticano l'enfisiterapia coll'ossigeno, ammettono che tale gas attivi il ricambio nutritivo locale e quindi nel nervo, essendo di opinione che la sciatica dipenda da sostanze chimiche irritanti ed agenti sopra lo sciatico per cause occasionali (reumatica, traumatica, ecc.).

Hanno avvalorata questa ipotesi con l'osservazione fatta sul cadavere che l'ossigeno, iniettato nell'arto, arriva sul nervo. Ma i risultati ottenuti nei nostri casi e da altri autori con l'azoto non troverebbero spiegazione con l'ipotesi sopracitata. Abbiamo inoltre osservato che quanto più forte è la compressione esercitata dal gas più rapida è la guarigione. Per questo diamo la preferenza all'azoto, più difficilmente assorbito.

Ritengo quindi che in quelle forme di sciatica resistenti alle ordinarie cure, non si dovrebbe tralasciare l'enfisiterapia azotata, rappresentando essa un ottimo metodo di cura, di facile applicazione, privo di ogni inconveniente e di controindicazioni.

RIASSUNTO.

L'enfisiterapia azotata è un mezzo di cura della sciatica non sintomatica privo di ogni inconveniente ed efficace anche nei casi ribelli, da preferirsi a quella ossigenata. Giudizi di autori sopra l'enfisiterapia ed il suo modo di agire.

BIBLIOGRAFIA.

F. VIOLA. *La cura della sciatica col salasso.* Riforma medica, 1924.
LANGE. Riforma Medica, 1922.
LABORDE. Gazette hebdomadaire des sciences médicales, 1919.
C. MANCINI. *Cura radicale della sciatica coll'anestesia lombare.* Riforma Medica, 1918.
NANNINI. *Contributo alla cura della sciatica, mediante lo stiramento cruento del n. sciatico.* Ibid., 1914.
PINCHON. Thèse de Paris, 1910.
VISENTIN. *Cinque casi di nevralgia sciatica guariti con le iniezioni ipodermiche di acido fenico.* Policlinico, S. P., 1919.
PANEGROSSI. *Trattamento della sciatica con iniezioni sottococcigee di siero fisiologico.* Ibid., 1911.
BASSO. *Sul trattamento della sciatica mediante iniezioni gassogene.* Ibid., 1904.
MASSALONGO e DAVIO. Policlinico, sez. med., 1906.
ROSSI A. Policlinico, 1916.
PERS. Deutsche medizinische Wochenscrift, 1906.
GROSSMANN. Wiener Kliniske Wochenschrift, 1906.
VIGNE. Thèse de Lyon, 1902.
SOLIERI. Riforma Medica, 1919.

N. B. Queste note sono state compilate sino al *1924* quando il sottoscritto era assistente all'Ospedale di Carrara.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO - Roma
REP. CHIRURGICO diretto dal Prof. T. FERRETTI.

Un apparecchio per l'estensione continua corretta nelle fratture degli arti.

Dott. GIORGIO PETTA,
aiuto chir., med. e patologo degli Osp. Riuniti.

L'applicazione dell'estensione continua, per le fratture degli arti, riesce spesso fastidiosa per la mancanza di un dispositivo semplice e pratico, applicabile rapidamente alla spalliera del letto, che consenta la trazione nella direzione più utile.

Talora si ricorre a dispositivi ingombranti, tipo Speed o Bardenheuer, solo perchè con le abituali carrucole semplici o accoppiate, da fissare alla spalliera del letto, si può variare poco il senso della trazione.

Ho perciò ideato l'apparecchio riprodotto nella figura annessa. Esso è formato da una sbarra vuota (lunga m. 1,20), scorrevole entro due morsetti che si applicano alla spalliera. Ad uno degli estremi porta un morsetto per un'altra sbarra più sottile (lunga cm. 40), che ad uno degli estremi porta il braccio girevole della carrucola. Questa è di discreto diametro, a gola profonda.

Facendo scorrere la sbarra principale orizzontalmente entro i morsetti, si ottiene il grado voluto di abduzione. Mediante la sbarra

minore, si colloca la carrucola all'altezza giusta. La carrucola, mobile col braccio che la sopporta, si orienta da sè nel senso della trazione e rende così impossibile il salto della corda traente dalla gola della carrucola.

L'apparecchio, ch'è già in uso nel Reparto chirurgico dell'Ospedale di S. Spirito, riesce utile specialmente per le fratture del collo del femore.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

La costituzione nel morbo di Basedow.

(WARTHIN. *Journal of the Am. Med. Association*, n. 20, 1929).

Da quando Henry S. Plummer emise l'ipotesi che l'adenoma tossico e il gozzo esoftalmico fossero due malattie separate, con manifestazioni cliniche essenzialmente differenti e differenze istologiche, numerosi studiosi del problema del gozzo si sono dedicati alla questione della relazione tra le due malattie. Il concetto dell'« adenoma tossico » di Plummer è stato diffusamente accettato dai clinici americani, ma molti non vogliono ammettere che le due malattie siano distinte. Dall'epoca del discorso di Warthin su « L'entità costituzionale del gozzo esoftalmico e del cosiddetto adenoma tossico », molti accenni alla « costituzione del morbo di Graves (Warthin) » sono apparsi nella letteratura medica; ma solo nel dicembre 1928 Warthin ha reso pubblica la sua concezione di uno stato costituzionale patologico su cui si sviluppano le manifestazioni cliniche sia del gozzo esoftalmico che del cosidetto adenoma tossico. Il Warthin afferma che il concetto generale di ipertiroidismo, designato a volta a volta come gozzo tossico, adenoma tossico o adenoma con ipertiroidismo è una sindrome clinica ogni giorno più ampia, a cui è stato ascritto un sintoma dopo l'altro, sinchè è divenuto praticamente impossibile distinguere clinicamente tra quello che alcuni AA. chiamano gozzo esoftalmico e altri designano adenoma tossico o gozzo tossico.

Egli ritiene che tutti gl'individui che possono essere raccolti entro queste larghe e varie sindromi presentano il quadro clinico di un tipo ben definito di costituzione patologica.

Gli americani non hanno accettato tale ipotesi, ma in Italia e in Germania molti osservatori han cominciato a parlare di costituzione ipertiroidea: il Warthin preferisce il nome di « costituzione del morbo di Graves » nell'assenza di una prova convincente che l'ipersecrezione tiroidea è il fattore etiologico fondamentale.

Le persone con questa costituzione presentano alcune stigmate caratteristiche, più o meno accentuate: scheletro sottile, facies animata con occhi grandi, tremori muscolari, pelle umida, calda, lucente, con tendenza a pigmentazione eccessiva, a iperidrosi e a dermatografismo: collo corto, arrotondato; glandole linfatiche cervicali ingrossate; ingrandimento della tiroide nella maggior parte dei casi; occhi di vario tipo, dagli individui con occhi larghi e vivaci a quelli con esoftalmo spiccato; tachicardia; polso ràpido, frequente e spesso irregolare; instabilità dei vasomotori, con arrossamenti, sudori ed edemi circoscritti; disturbi del sistema nervoso centrale, che si manifestano con risposte eccessivamente emozionate, rapidità di percezione e reazione, irrequietezza e frettolosità, ansietà, insonnia e agitazione di idee sino all'isterismo e alla psicosi; instabilità del sistema simpatico; metabolismo basale aumentato; avidità di cibo, senza aumento del peso corporeo; diminuita tolleranza degl'idrati di carbonio con sviluppo dell'iperglicemia; reazioni allergiche varie; eccitazione sessuale psichica con incapacità fisica e impotenza nell'uomo, disturbi mestruali nella donna; diminuita tolleranza per i preparati di tiroide, la iodina e l'epinefrina. I dati esterni sono un aspetto giovanile e reazioni funzionali pronte.

Warthin pensa che la diagnosi clinica di ipertiroidismo si debba fare frequentemente, in presenza di uno o due dei sintomi che possono appartenere alla costituzione del m. di Graves, ma che possono anche non essere associati ad alcun disturbo della funzione tiroidea. Molte glandole tiroidi normali, o gozzi o adenomi semplici sono detti iperfunzionanti o tossici senza una netta evidenza; sono date cure di iodina, si praticano interventi e, infine, l'esame istologico non conferma la diagnosi clinica.

L'anatomo-patologo incontra gravi difficoltà se tenta di applicare i criteri istologici comunemente usati per la diagnosi di gozzo esoftalmico, ipertiroidismo o adenoma tossico, vale a dire l'ipertrofia epiteliale e l'iperplasia, a tutte le glandole tiroidi che gli sono mandate con questa diagnosi clinica.

Le maggiori difficoltà si presentano nei casi in cui sono presenti i segni clinici di gozzo esoftalmico, ma in cui non si trova l'ipertrofia epiteliale. Il patologo onesto è ancor più perplesso nel vedere che segni di ipertrofia epiteliale possono ritrovarsi nella tiroide di persone che non presentarono mai segni clinici di iper- o disfunzione tiroidea.

Per quanto riguarda l'epitelio della tiroide non esistono criteri istologici che diano una unità a tutte le forme cliniche di iperfunzione tiroidea.

Warthin ammette che il carattere istologico più saliente della glandola tiroide del gozzo esoftalmico o del cosiddetto adenoma tossico è la presenza costante di noduli linfatici iperplastici con larghi centri germinativi mostran-

ti il caratteristico esaurimento della costituzione timolinfatica.

Molti AA. europei hanno notato la presenza costante di un timo ingrandito nei casi di gozzo esoftalmico, ma Chvostek solo ritiene il quadro generale del gozzo esoftalmico come indicante una costituzione timolinfatica.

Nessuno ha finora osservato la presenza di questa stessa costituzione patologica nei casi di cosidetto adenoma tossico. L'esperienza di Warthin è stata molto differente. Egli ha studiato 976 glandole tiroidi asportate chirurgicamente, il reperto di autopsia di 30 morti postoperative nel gozzo esoftalmico e di 5 morti in gozzo esoftalmico acuto senza operazione e la glandola tiroide di 1000 autopsie, in cui la tiroide fu esaminata per dovere di autopsia.

Dei 976 pezzi chirurgici, 92 erano gozzi adenomatosi colloidi con iperplasia linfoide ma senza ipertrofia dell'epitelio. In tutti questi casi era stata fatta diagnosi clinica di gozzo esoftalmico, ipertiroidismo, gozzo o adenoma tossico. Le stigmati fisiche della costituzione di Graves (timolinfatico) erano presenti nella maggioranza dei casi.

Delle 1000 autopsie studiate, 94 casi mostravano iperplasia linfoide della glandola tiroide.

In tutti questi, come nei 35 casi di autopsia di gozzo esoftalmico si trovò un quadro associato di costituzione timolinfatica; timo iperplastico o persistente, ingrandimento generale dei noduli linfatici e della milza, ipoplasia dei surreni, dell'aorta e del cuore, con altri segni morfologici.

Warthin conclude che, evidentemente, da questi studi risulta che il difetto costituzionale della costituzione timolinfatica (di Graves) sta alla base di ogni caso di gozzo esoftalmico e di cosidetto adenoma tossico.

Secondo Warthin, perciò, il gozzo esoftalmico e l'adenoma tossico posseggono la stessa entità patologica costituzionale.

Non tutti i casi di costituzione timolinfatica presenteranno le evidenze cliniche della sindrome del gozzo esoftalmico, ma tutti i casi di gozzo esoftalmico e di adenoma tossico possiederanno le essenziali stigmate morfologiche di questa costituzione.

Questa è predeterminata sin dalla nascita e solo quelli che possiedono l'anomalia costituzionale presenteranno in seguito i cosidetti sintomi tireotossici. Tale potenzialità può, tuttavia, restare latente o quiescente per tutta la vita o per parte di essa in persone che pure posseggono quel fondo costituzionale.

V. SERRA.

La diagnosi dei disturbi funzionali tiroidei nei tubercolotici polmonari.

(I. STOUKALO. *Rinasc. Med.*, 14, luglio 1929).

Per stabilire lo stato funzionale della tiroide nei tbc. polmonari sono stati usati vari metodi, e cioè: processo di Goetsch modificato da Csepai, reazione di Kottmann, reazione di Sternberg, la quale si basa sulle modificazioni pupillari a contatto del siero-atropinizzato.

La reazione di Csepai è stata applicata in 158 casi di tbc. polmonare, classificati secondo la divisione di Turban in tbc. compensata, subcompensata, scompensata, a secondo che l'organismo neutralizza più o meno completamente la tossiemia tubercolare.

Dal risultato ottenuto emerge che tale reazione ha un valore assai dubbio, e non costituisce un mezzo d'indagine delle diverse forme di tubercolosi polmonare.

La reazione di Kottmann fu saggiata in 107 casi; essa ha mostrato che la progressione e gravità dell'infezione fa aumentare i casi di ipotireosi e diminuire quelli d'ipertireosi (42 % d'ipertireosi nello stato pretubercolare, 16 % nella tisi). Sicchè i casi gravi presentano una ipotireosi; l'attività funzionale della tiroide è in rapporto inverso con la gravità del processo polmonare.

Questi risultati assicurano alla prova di Kottmann un certo valore di specificità utilizzabile in clinica.

La reazione del siero all'atropina di Sternberg fu usata in 78 casi con tbc. polmonare e in 8 persone sane; ma i risultati di scarso valore e discordanti tolgono ogni utilità pratica a tale prova.

Le tre reazioni, usate simultaneamente in 71 casi, furono sempre discordanti.

Come conclusione si può affermare che la prova di Csepai e di Sternberg non hanno alcun valore di specificità; la reazione di Kottmann può essere usata per giudicare dello stato funzionale della tiroide.

CARUSI.

L'inversione delle ghiandole a secrezione interna quale metodo di cura nella loro atrofia o deficenza di sviluppo.

(GOLJANITZKI e OBOLENSKAJA. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 623, 1929).

I metodi per ovviare all'insufficenza ghiandolare possono essere così schematizzati: 1) terapia di sostituzione con estratti; 2) trapianti omo- ed eteroplastici di ghiandole; 3) legatura dei dotti escretori di ghiandole miste allo scopo di determinare l'ipertrofia della parte ghiandolare a secrezione interna.

Questi metodi hanno indicazioni diverse ma i risultati che si ottengono sono molto discussi. A questi metodi si aggiunge il nuovo metodo proposto da Goljanitzki.

Con ricerche sperimentali questo A. ha cercato di dimostrare che se si fa la trasposizione del moncone centrale di un'arteria, da questa si origina, nella nuova sede, una ricca rete di vasi neoformati. Lo stesso succede con la trasposizione di un nervo. Ha eseguito poi le seguenti esperienze: isolava in uno stesso animale, da tutte le connessioni vasali, i testicoli

e da un lato, dopo aver spaccato l'organo, fissava al parenchima il moncone centrale di una arteria. A diversa distanza di tempo sacrificava l'animale e osservava che, mentre da un lato l'organo era necrosato completamente, dal lato in cui aveva impiantato il moncone arteriale chiuso, l'organo si presentava, anche istologicamente, pressochè normale.

Ha applicato questi risultati all'uomo in 4 casi di eunucoidi fissando, 2 volte nel parenchima e 2 volte nel deferente, il ramo mediale dell'epigastrica inferiore e il n. lombo-inguinale. Ha avuto un successo. In un caso di mixedema localizzato, già diversamente trattato senza risultati, impiantò nella tiroide, il moncone dell'arteria linguale di un lato. Il risultato fu un notevole miglioramento della sindrome.

VALDONI.

CARDIOLOGIA.

Come prevenire la morte per paralisi cardiaca acuta.

(P. MORAWITZ e M. HOCHREIN. *Münch. med. Wochenschrift*, 28 giugno 1929).

Ogni medico che ha veduto, davanti ai suoi occhi, la morte più o meno improvvisa di un cardiaco, ne porta un ricordo impressionante per tutta la sua vita e si pone spesso il problema se non sia possibile evitare tale evenienza od almeno renderla più rara.

Le lesioni cardiache che portano a tale morte insorgono di solito così improvvisamente che la terapia arriva quasi sempre troppo tardi. Anche quando vi si trova presente e mette in opera i soccorsi del caso, non riesce quasi mai ad impedire la morte, salvo in qualche caso citato nella letteratura in cui l'iniezione endocardiaca di canfora, di adrenalina, di strofantina ha potuto giovare. Le esperienze degli AA. in proposito sono però scoraggianti, sicchè essi ritengono molto più utile studiare la possibilità di una profilassi anzichè affidarsi al problematico trattamento della fibrillazione ventricolare.

LA FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE.

È appunto a questa che si attribuisce la morte secondaria cardiaca. Il meccanismo della fibrillazione non è ancora chiarito; la scuola viennese ritiene che si tratti di una tachisistolia eterogenea, mentre secondo altri si avrebbe la formazione di stimoli multipli eterotopi.

Le ricerche sperimentali dimostrano che in diversi punti dei ventricoli possono avere origine continuamente delle extrasistoli; è quindi possibile che possano agire contemporaneamente due extrasistoli di diversa origine. Quando si ha un accumulo di tali extrasistoli, il nodo del seno perde il dominio sulla conduzione dell'eccitazione cardiaca e viene completamente escluso. La fibrillazione ventricolare può anche aversi, secondo Boer, in seguito ad una sola extrasistole ventricolare ed anche per una eccitazione condotta dalle orecchiette; per la sua genesi si presuppone una *predisposizione alla fibrillazione*.

Tale predisposizione può essere determinata da fattori che rendono possibili delle piccole sistoli, il che si ha quando, improvvisamente un ramo delle coronarie diventa impervio per cui un certo territorio del miocardio si trova in cattive condizioni di nutrizione. L'anemia della muscolatura o degli elementi nervosi (accumulo di prodotti del ricambio tossici) provoca la fibrillazione ventricolare; si hanno così molti punti di eccitazione locale nel miocardio, che provocano una contrazione generale indipendentemente dai singoli fasci muscolari.

La predisposizione alla fibrillazione può essere riconosciuta all'elettrocardiogramma (negatività di T in I e II derivazione, presenza di extrasistoli di diversa origine, segni di un blocco di arborizzazione) nonchè all'esame radiologico (cuore flaccido con tono abbassato).

Secondo v. Hösslin, la morte acuta cardiaca si ha più specialmente in individui con cuore che batte lentamente e con alta pressione. Anche i malati che sono stati a lungo in stato di scompenso e vengono rapidamente deacquificati mediante i cardiotonici ed i diuretici, pure migliorando clinicamente vanno spesso soggetti a morte acuta cardiaca.

Clinicamente, la fibrillazione ventricolare si presenta con un quadro caratteristico. Il malato, al principio dell'accesso, fa cenno a chi gli sta attorno, poi il suo sguardo diventa fisso, il polso cessa, il viso si fa pallido poi cianotico, la respirazione cessa, la coscienza svanisce. All'ascoltazione, si avvertono ancora dei rumori leggeri, smorzati, irregolari quando il polso non è già più percepibile ed anche, talvolta, dopo la cessazione del respiro.

I casi di morte secondaria cardiaca descritti nella letteratura (esclusi quelli da strofantina, da eufillina od in conseguenza di scariche elettriche) riguardano essenzialmente dei malati con lesioni arteriosclerotiche, o luetiche delle coronarie. Nel materiale clinico degli AA. però, si trovano casi in cui mancava qualsiasi lesione evidente dei vasi cardiaci o del miocardio.

Tale morte cardiaca improvvisa, con coronarie integre, si osserva soprattutto nelle gravi insufficienze circolatorie ed è diventata più frequente da quando la terapia dell'insufficienza circolatoria è diventata più attiva. Non si vuole, con ciò, portare un argomento contro l'uso di alcuni medicamenti, come, p. es., la strofantina o preparati analoghi, tanto più che oggi, tali malati con insufficienza di circolo vivono molto più a lungo ed in condizioni discrete e sono « secchi » nonostante una grave insufficienza. È un fatto che talvolta sem-

bra che fra l'ultima iniezione di strofantina e la morte vi sia una certa dipendenza, forse anche causale, ma ciò non toglie che con un cauto dosaggio di tale medicamento, tale evenienza non dovrebbe verificarsi.

In fondo, la morte cardiaca acuta che pone fine ad una grave insufficienza circolatoria va considerata al pari della morte cardiaca secondaria in individui apparentemente senza disturbi circolatorii. In entrambi i casi si tratta di fibrillazione ventricolare in un individuo che ne ha già predisposizione. Clinicamente però, vi è una differenza notevole. Nel primo caso, la morte appare un'evenienza inevitabile che fa finire senza sofferenze l'individuo affetto da una malattia senza speranza; nel secondo, invece, si vede spesso che un malato il quale ha avuto un primo attacco di angina pectoris che poteva essere letale, può ancora godere molti anni di vita. Ed è principalmente ai malati che non hanno gravi disturbi di circolo che va rivolta la nostra attenzione, allo scopo di prevenire la morte acuta cardiaca.

Come riconoscere la predisposizione alla fibrillazione.

La profilassi deve anzitutto incominciare col riconoscere in quali malati si ha la predisposizione alla fibrillazione, il che non può avvenire in tutti i casi. Importanti sono, sotto tale punto di vista, i dati subbiettivi forniti dal malato di stati anginosi, specialmente nel riposo, di asma cardiaco, di accessi tachicardici in persone anziane. Fra i fenomeni obbiettivi, sono importanti quelli che indicano una debolezza della muscolatura cardiaca, come la scarsa intensità del primo tono, l'abbassamento di una pressione dapprima elevata, la dispnea da lavoro, una tachicardia che non si può spiegare; la ricerca della pressione del vago non ha fornito agli AA. utili indicazioni.

Nei malati morti per morte acuta cardiaca, si sono avuti i seguenti segni obbiettivi:

Polso fra 80 e 100, respiro, anche senza altri segni di insufficienza un po' frequente (in riposo circa 26). I malati decessi per morte cardiaca secondaria avevano poco prima della morte una pressione sotto 130 (41 %), sotto 160 (nel 23 %), oltre 160 (nel 36 %).

La pressione venosa è stata trovata in diversi casi normale ed in altri elevata, senza che vi fossero particolari fenomeni di stasi. La durata della sistole, anche nel polso lento, venne quasi sempre trovata sotto la norma.

Nella maggior parte dei casi degli AA., si avevano nell'elettrocardiogramma dei segni indicanti disturbi della conduzione o del miocardio. Solo in pochi casi con stimolo normale, si trovò allungato PQ; in un terzo dei casi, si aveva allungamento di QRS, con blocco di arborizzazione. Nel 25 % dei casi, aritmia assoluta; nella metà, un'onda di ST, il che viene da alcuni considerato come un segno di insufficienza miocardica. Con i controlli di autopsia, gli AA. hanno trovato una frequentissima corrispondenza fra lesioni miocardiche e deformazione di ST. La negatività di T che, secondo Willius, preannunzia la morte a breve scadenza e, secondo altri viene considerata come predisposizione alla fibrillazione, è stata trovata soltanto in un caso, in II derivazione.

Le accennate anomalie non debbono considerarsi come segni sicuri di predisposizione alla fibrillazione, poichè si trovano spesso in malati con lesioni miocardiche specialmente del sistema di conduzione, senza che si arrivi alla fibrillazione. D'altra parte, gli AA. hanno veduto dei casi in cui, nonostante un elettrocardiogramma del tutto normale, si è avuta la morte cardiaca secondaria. Ad ogni modo, un elettrocardiogramma normale, se pure non esclude la possibilità di fibrillazione, la rende poco probabile. Scarsa importanza si deve invece dare al reperto radiologico.

In complesso si può concludere che non è sempre possibile riconoscere la predisposizione alla fibrillazione, sicchè per la profilassi è bene tener conto anche di quei casi in cui ne esista soltanto il sospetto, come accade per tutti i malati che hanno avuto sintomi anginoidi oppure soffrono di aritmia assoluta, in un gran numero di individui con vizi valvolari scompensati e specialmente nell'aortite sifilitica e nella sclerosi delle coronarie.

La terapia profilattica.

Poichè la fibrillazione ventricolare si ha in conseguenza di un aumento dell'eccitabilità in alcune parti lese della muscolatura ventricolare, in cui si hanno delle extrasistoli di straordinaria frequenza, ne viene che il cómpito della terapia profilattica sarà quello di diminuire tale eccitabilità.

Noi abbiamo nella chinina e nella chinidina un mezzo per cui si può diminuire la formazione di stimoli al nodo sinusale e, forse anche in modo più pronunciato, in altri punti del cuore dove gli stimoli si formano; essa agisce inoltre abbassando l'eccitabilità e, quindi, innalzando la soglia dello stimolo ed allungando il periodo refrattario. A forti dosi, si hanno disturbi della contrattilità delle orecchiette ed anche dei ventricoli.

Gli AA. hanno quindi tentato di vedere se nella chinidina si possa avere un mezzo per prevenire la morte cardiaca. Tutti i malati in cui era stata riconosciuta la predisposizione alla fibrillazione ricevettero per il tempo che rimasero in clinica (anche un mese) della chinidina basica, a dosi di 10 cg. somministrate due volte al giorno. Soltanto in alcuni si dovette sospendere il rimedio, sia per gravi disturbi circolatori, sia per dispepsie, sia per ripugnanza ai rimedi orali.

Il dare un giudizio sui risultati ottenuti è assai difficile e se ne comprende la ragione;

occorrerebbe una lunga serie di malati esattamente comparabili fra loro. Le condizioni per tali osservazioni sono abbastanza favorevoli nella Clinica medica di Lipsia, dove si hanno circa 7000 malati, fra cui molti cardiaci. Fra i 700 morti nel 1927, ve ne erano 369 con diagnosi di malattia cardiaca, che, nei casi venuti all'autopsia, è stata confermata. Fra i 43 deceduti per morte cardiaca improvvisa, si avevano:

Sclerosi delle coronarie	17
Aortite luetica	8
Vizi cardiaci antichi	7
Degenerazione del miocardio ed arteriosclerosi	4
Endocardite ulcerosa	3
Cifoscoliosi, polmonite, sepsi da streptococco, cirrosi epatica, rispettivamente	1

In 24 di questi casi, la morte è avvenuta senza che si fosse avuto in antecedenza nessun fenomeno di insufficienza circolatoria o soltanto in grado lieve. Fra questi si trovavano:

Sclerosi delle coronarie	14
Aortite luetica	5
Arteriosclerosi	3
Antica endocardite	2

È evidente la forte preponderanza della sclerosi delle coronarie e dell'aortite luetica.

Al primo gennaio 1928, si iniziò la profilassi con la chinidina, che però non potè essere completa nè unica in tutti. Di fatto, alcuni malati morirono rapidamente dopo il loro accoglimento in Clinica, altri, per le loro gravi condizioni, furono sottoposti anche ad altra terapia; finalmente, per alcuni casi, la predisposizione alla fibrillazione non fu riconosciuta.

I morti per malattia cardiaca acuta furono, nel 1928, 19 in tutto, con le diagnosi, in massima parte confermate all'autopsia di:

Sclerosi delle coronarie	4
Aortite luetica	3
Vizi cardiaci ed endocardite	5
Degenerazione miocardica	6
Arteriosclerosi	1

Risulta evidente la diminuzione del numero dei morti per sclerosi delle coronarie e per aortite luetica. Da rilevarsi è il fatto che di questi 19 morti soltanto 6 avevano avuto regolarmente la chinidina.

Già notevole è la diminuzione del numero totale dei deceduti per malattia cardiaca acuta; ma ancor maggiori sono le differenze fra i due anni 1927 e 1928, quando si tenga conto dei malati che si trovavano in stato di compenso, di cui ne sono morti 24 nel 1927 e soltanto 5 nel 1928. Fra questi ultimi, si trovavano 2 casi di sclerosi delle coronarie ed 1 rispettivamente di aortite luetica, degenerazione miocardica, antica endocardite. Di essi, uno solo aveva fatto la profilassi chinidinica regolare, ma esso aveva lesioni molto estese di sclerosi delle coronarie (con trombosi del primo ramo discendente della sinistra) e dell'aorta.

Degli altri 5 malati che avevano preso regolarmente la chinidina, in 3 la morte avvenne dopo mezz'ora dalla iniezione di strofantina, mentre in tutti la digitale era inattiva; si trattava quindi di cuori ormai esauriti.

Si comprende che anche la chinidina non potrà sempre impedire la morte cardiaca acuta; spesso si tratta di infarti miocardici gravi ed estesi, a cui nessuna terapia può mettere riparo. Con tutta probabilità, però, la profilassi chinidinica può ovviare ai casi in cui non si hanno grosse lesioni anatomo-patologiche, specialmente in quelli in cui le alterazioni del miocardio non alterano la capacità di conduzione e, per cause non ancora bene stabilite, si ha la morte. Questi casi riguardano specialmente uomini nell'età del massimo rendimento professionale ed è quindi prezzo dell'opera il salvarne la vita.

La dose giornaliera di chinidina di 20 cg. può essere ottimamente tollerata anche per parecchi mesi ed anche per ammalati ambulatori.

Filippini.

Contributo alla chirurgia del cuore. Estrazione di un ago dal ventricolo sinistro.

(F. Benedetti Valentini. *Cuore e Circolazione*, n. 3, 1929).

L'A. riferisce il seguente caso da lui operato d'urgenza.

Una bambina di anni 5 fu portata al posto di pronto soccorso dai parenti, i quali affermavano che poco prima un ago era penetrato nella regione precordiale della piccola.

L'esame obiettivo della regione non metteva nulla in evidenza ad eccezione di una piccola ferita puntiforme alla regione precordiale. Praticato allora l'esame radioscopico e radiografico questo rivelò un corpo estraneo a forma di ago animato da movimenti sincroni a quelli cardiaci e probabilmente trafiggente il ventricolo sinistro, per cui fu deciso d'intervenire subito.

La narcosi fu ottenuta con etere, somministrato in primo tempo con la comune maschera e quindi mediante intubazione tracheale e insufflazione automatica, allo scopo di mantenere allo stato di replezione continua il polmone ed abolire così lo pneumotorace che si era stabilito in seguito all'ampia apertura della cavità pleurica sinistra. L'operatore potè accedere al pericardio mediante l'incisione consigliata dal Salomoni: ossia incisione semplice al terzo spazio intercostale sinistro per la lunghezza di circa 10 centimetri. Così gli fu possibile l'ispezione della faccia anteriore e laterale del pericardio che riuscì negativa. Introdusse allora la mano dietro al sacco peri-

cardico e sentì una sottile punta che sporgeva solo qualche millimetro e che si spostava con i movimenti del cuore. Coll'aiuto di una pinza di Kocher e sulla guida del dito esploratore riuscì ad afferrare l'ago e ad estrarlo con accorta manovra: esso era intiero e lungo circa sei centimetri. Richiuse quindi completamente la ferita operatoria mediante un triplice strato di sutura. Il decorso fu ottimo: al 6° giorno furono tolti i punti e al 10° giorno la paziente lasciò l'ospedale; ed in seguito ha sempre goduto buona salute senza presentare mai nulla a carico del cuore nè degli altri organi ed apparati.

È opportuno ricordare che questi interventi sono piuttosto rari. Dalle ricerche biografiche risulterebbe essere il presente caso il 4° in Italia ed il 1° a Roma che pure vide i primi albori della chirurgia del cuore. Infatti sono solo tre gli Autori italiani che precedentemente intervennero sul cuore per estrazione di aghi: il Cecchini ricordato dalle statistiche del Montanari, il Fiori di Modena che estrasse un ago dal cuore di un soldato, ed il Bellucci citato dal Salomoni per avere estratto uno spillo dal cuore di una bambina.

A. RICCI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

ROBERT LENK. *Die Roentgendiagnostik der Intratorakalen Tumoren und Ihre Differentialdiagnose,* pag. 456, fig. 217. Julius Springer editore. Vienna, 1929. L. 300 (Mk. 58,80).

Il libro di Lenk (della scuola di Holzknecht) è il primo libro che raccoglie in modo sintetico tutta la complessa sintomatologia dei tumori intratoracici e specialmente dei tumori del mediastino, fondendo in modo veramente chiaro e magistrale sia la parte anatomo-patologica, sia la parte clinica, sia la parte radiologica.

È perciò che il libro non è un libro per i radiologi in modo esclusivo, ma è un libro per il clinico che potrà trovare nella trattazione di Lenk tutto quello che la radiologia può dare in questo campo: non esiste forse un campo più interessante nella radiologia di quello dei tumori del mediastino in cui la radiologia apre un vivo spiraglio di luce al diagnosta. Ma il radiologo — anche provetto — troverà nel libro di Lenk raccolte tutte quelle cognizioni, tutti quei dati che finora erano sparsi nella letteratura e nelle monografie.

È un libro veramente poderoso e perfettamente riuscito perchè la fusione clinico-anatomo-patologica e radiologica è completa.

I capitoli sono i seguenti: « Parte generale di sintomatologia radiologica delle malattie polmonari con speciale riguardo ai tumori »; « Notizie fondamentali di tecnica »; « I tumori del polmone » (il cancro del polmone, il sarcoma, i tumori benigni, il linfogranuloma, i tumori leucemici, le cisti); « I tumori della pleura »; « I tumori del mediastino » (tumori ghiandolari, struma intratoracico, tumori benigni e maligni del timo, tumori del cuore, le cisti, ecc.).

E. MILANI.

JOSÉ W. TOBIAS. *Tumores primitivos de la pleura.* Libreria « El Ateneo », Buenos Aires, 1928.

Prezioso contributo di osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche eseguite nella Clinica dell'Escudero.

Il lavoro consta di quattro parti: la prima, e principale, si occupa dell'endotelioma pleurico, tumore primitivo maligno della pleura; la seconda tratta dei tumori voluminosi, maligni, benigni, misti; la terza studia i tumori infiammatori; la quarta i tumori cistici. Alle osservazioni personali fanno corona delle sintesi delle principali osservazioni esistenti nella letteratura e comprovate dal chirurgo o dall'anatomo-patologo.

Tobias dimostra la reale esistenza dell'endotelioma primitivo della pleura, dimostra come l'e. sia un tumore connettivale sviluppato dalla proliferazione dell'endotelio di rivestimento. Interessante la sindrome clinica isolata dal Tobias, « la forma diaframmatico-parietale » il cui sintoma saliente è dato dal diaframma paretico.

La bibliografia è estesa; molto bella la veste tipografica; le incisioni in nero ed a colori.

MONTELEONE.

HITZENBERGER. *Das Zwerchfell.* Pag. 200, 134 fig. J. Springer, Wien. Mk. 19,80.

Monografia completa su quanto può riguardare il muscolo principe del respiro. I riassuntivi capitoli trattano dell'anatomia del diaframma, anatomia tratta dalle classiche descrizioni, come pure da quelle recenti risultanti dall'osservazione a mezzo dello pneumoperitoneo, dei movimenti del diaframma.

È dettagliatamente descritto l'esame della funzione diaframmatica, come pure in capitolo a parte è detto delle anomalie di posizione e di movimento, e dell'innervazione. Completano il lavoro nozioni riguardanti i dolori diaframmatici, le malattie del diaframma, le paresi, la relaxatio diafragmatica, le ernie diaframmatiche, gli ascessi subfrenici. Molte pagine di citazioni bibliografiche chiudono il libro.

MONTELEONE.

Index of Symptomatology. Editore Wright, Londra. Prezzo sterline 2,2.

È uno degli indici che costituiscono una caratteristica della produzione libraria inglese. È compilato da parecchi autori sotto la direzione di Letheby Tidy.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

In ogni voce dell'indice è data una chiara e completa descrizione delle manifestazioni cliniche di ciascuna malattia nella sua forma tipica e nelle sue variazioni e complicazioni.

Il libro ha un notevole interesse pratico in quanto costituisce una guida di orientamento per il medico nel suo esercizio corrente, ed ha anche un valore scolastico in quanto la rappresentazione della malattia è fatta in modo conciso e ben definito tale da esser facilmente ricordata.

Numerose nitide figure illustrano il testo. La veste tipografica è comoda ed elegante.

A. P.

C. Rivolta. *Guida metodica all'esame funzionale degli organi interni.* Vol. in-16°. Zambeletti, Milano.

È un piccolo manualetto tascabile che forse può riuscire molto utile al medico pratico, poichè in esso sono riuniti tutti i metodi di esame per l'esplorazione funzionale degli organi interni.

La ricerca è facilitata, perchè la materia è divisa per organi (stomaco, pancreas, intestino, fegato, milza, reni, cuore, sistema nervoso vegetativo, ghiandole a secrezione interna); oltre a ciò l'A. per rendere il libro veramente pratico, insieme ai metodi complessi e quindi attuabili nei grandi laboratori, espone quelli che, pur dando i medesimi risultati, sono di semplice esecuzione e quindi alla portata del medico pratico.

Il libro è fornito anche di una discreta bibliografia sui vari argomenti. A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Seduta dell'11 giugno 1929.

62 casi di interventi sulle vie biliari. Considerazioni radiologiche e cliniche chirurgiche.

Proff. G. Milone e G. Piccinino. — Il prof. Piccinino svolge la parte radiologica documentandola con una larga dimostrazione di radiogrammi. In base ai risultati delle biopsie fa la critica dei vari segni radiologici: la ricerca diretta di calcoli ha dato appena il 20 % di reperti positivi. La visibilità diretta della cistifellea è da raccogliersi con molta prudenza per le numerose cause di errore a cui può esporre, pur restando confermato il significato patologico di essa. La colecistografia è di un'attendibilità grandissima per quanto il più spesso ci fornisce soltanto dati funzionali e non anatomici sulle condizioni della cistifellea: tali alterazioni funzionali possono talvolta essere l'espressione di processi infiammatori estrinseci (peritoniti sotto-epatiche) non necessariamente di origine colecistica. Conferma la straordinaria importanza di un accurato esame del tubo digerente che può fornire oltre che elementi di diagnosi differenziale o di associazione morbosa dati utilissimi sull'esistenza ed estensione del processo di pericolecistite. Passando in rivista le varie alterazioni che in conseguenza di questo si possono riscontrare all'esame radiologico mette in evidenza la rarità delle perigastriti e della periduodenite bulbare: assai spesso deformazioni del bulbo sono conseguenza di spasmi per aderenze anche lontane da questo. Più frequente è la periduodenite del ginocchio superiore (slargamento o lieve stenosi) o della seconda porzione con deviazione verso l'esterno di essa ed angolazioni nel suo decorso. Conclude rilevando i grandi progressi fatti in questi ultimi anni dalla radiologia nel capitolo delle affezioni delle vie biliari da consentire nella quasi totalità dei casi una diagnosi di sicurezza.

Prof. Milone. — Specifica le alterazioni trovate e la specie di intervento eseguito nei 62 casi operati. In totale si sono avuti 5 decessi con una mortalità di circa l'8 % risultato da ritenersi soddisfacente essendo compresi nella casistica casi acuti e casi con gravi complicazioni.

1) Diagnosi clinica: per lo più facile, trattandosi di infermi sofferenti da lunghi anni. L'O. pone in evidenza la fallacia del criterio della palpabilità della cistifellea, perchè ordinariamente la massa palpabile è costituita dalle aderenze pericolecistiche, mentre solo nel 13 % dei casi da lui trattati la cistifellea era palpabile per distensione da occlusione del cistico o da cospicue raccolte di calcoli. Costantemente ha riscontrato il sintomo di Murphy. Costanti anche i disturbi gastrici che talvolta assumono la prevalenza nel quadro clinico tanto da indurre in errori diagnostici. Spesso è quasi impossibile diagnosticare clinicamente se trattasi di colecistite calcolosa o non. Pochissime volte fu riscontrata itterizia. Quasi sempre (70 %) notevole ingrandimento del fegato. 2) Importanza dell'esame radiologico. L'esame Roentgen ben praticato può arrecare alla diagnosi un aiuto prezioso. Più che la presenza del calcolo rilevata radiologicamente ha importanza l'esame indiretto, sindrome radiologica aderenziale, essendo assai importante per il chirurgo conoscere prima dell'intervento se il caso è complicato da gravi aderenze. 3) Prova di Meltzer-Lyon: È anche essa di aiuto per la diagnosi specie associata all'esame radiologico. 4) Indicazione dell'intervento. Più che dalla presenza di calcoli (restando la calcolosi una diatesi suscettibile di cure mediche) l'indicazione dell'intervento, è data dall'infiammazione della colecisti, che arreca gravi danni al fegato ed espone l'infermo a gravi pericoli. Ne scaturisce il precetto dell'utilità degli interventi precoci. 5) Tipo di intervento da praticare. L'O. è fautore della colecistectomia da cui ha avuto sempre buoni risultati e dimostra infondata la preoccupazione di alcuni circa la soppressione del serbatoio biliare, in quanto la cistifellea ammalata non è capace di funzionare più da serbatoio come risulta provato dalla mancata colorazione con la tetraiodo e dalla negatività della prova di Meltzer-Lyon (50 % e più). 6) Tecnica dell'intervento: dopo aver accennato alle precauzioni da prendere prima dell'intervento l'O. riassume la

tecnica operatoria da lui seguita che può riassumersi così: taglio di Mayo-Robson, colecistectomia per via retrograda, drenaggio. 7) Complicanze riscontrate all'atto operativo: due volte ulceri duodenali, tre volte pancreatite, quattro volte calcoli nel coledoco, due volte nell'ampolla di Vater. Complicanza riscontrata con straordinaria frequenza è l'appendicite tanto che l'O. in questi ultimi tempi ha praticata sistematicamente l'appendicectomia. 8) Postumi a distanza: 57 viventi, 55 guarigioni complete permanenti, compresi tra essi due infermi che per alcuni mesi continuarono ad emettere piccoli calcoli. Due inferme continuarono a soffrire benchè in proporzione minore e l'O. pone in rilievo la coincidenza che le due inferme sono affette da annessiti (Neisser) e si domanda se per analogia con quanto avviene per l'appendice l'infiammazione cronica dell'ovaia di destra sia capace di provocare o far persistere uno stato di infiammazione cronica del fegato. Concludendo l'O. ritiene di poter affermare che nei casi di colecistite è consigliabile l'intervento precoce, e che l'intervento deve essere radicale, occorre cioè praticare la colecistectomia controindicata solo nei casi gravi, in fase acuta in cui si ricorrerà alla stomia.

Segue un'ampia discussione a cui prendono parte i proff. CASTRONUOVO, TANDOIA, CAPASSO, il dott. VAIANO, ecc., i quali tutti, accordandosi con le direttive tracciate dagli OO., riferiscono il contributo della propria esperienza sull'appassionante problema della diagnostica e terapia delle affezioni delle vie biliari.

A.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 21 giugno 1929 - VII.

Presidenza: Prof. BALP.

Sull'azione attivante dello zolfo sui preparati antiluetici di bismuto.

Dott. C. GORIA. — L'O. dopo aver accennato alle ricerche condotte nel senso indicato da Schroeder e da Winkler riferisce di aver sperimentato nella lue primaria e secondaria nella meningite luetica del periodo latente tardivo, nella tabe, nella paralisi progressiva, nella « lues cerebri » iniezioni di bismuto idrato sospeso in olio di olive, al quale venne aggiunto l'1 % di zolfo in finissimi granuli ed un anestetico derivato dalla stovaina.

Le iniezioni provocano elevazioni termiche superiori anche ai 39°, dolori locali intensi (eccetto che nei tabetici), ma sopportabili, cefalea, malessere generale. Nel giorno dell'iniezione il malato deve tenere il letto.

In due casi di lue primaria notò la rapida scomparsa della sifilosclerosi (in un caso con fimosi e resistenza alle intense cure mercuriali praticate); in 4 casi di lue secondaria ottenne rapida regressione e cicatrizzazione delle manifestazioni di vario tipo presentate dai malati. Più tardi regredì l'adenopatia specifica e diminuì l'intensità della R. W., in tutti i casi tranne che in uno, in cui divenne negativa.

In due casi di meningite luetica nel periodo latente tardivo si attenuarono le reazioni umorali, scomparvero la cefalea e le vertigini.

Risultati particolarmente notevoli ebbe in due casi di tabe ed in uno di taboparalisi.

In quattro malati di paralisi progressiva dovette sospendere il trattamento essendo i malati peggiorati; un caso recente migliorò di poco. Una malata di « lues cerebri » con attacchi epilettici guarì completamente degli attacchi.

L'O. propone che si estendano gli esperimenti, ritenendo che lo zolfo agisca, oltrechè per l'azione piretogena, anche per l'azione attivante di quella specifica del bismuto. Non ritiene il preparato adatto per la terapia della paralisi progressiva.

Commenti ad un triennio di terapia della paralisi progressiva colla malaria.

C. GORIA. — L'O. che ha introdotto a Torino questo metodo di cura nel maggio 1926 riferisce i risultati che egli ottenne in 100 malati: 52 remissioni, delle quali complete nel 25 % dei casi ed incomplete di grado elevato nel 27 %.

Remissione incomplete di grado limitato nel 16 % dei casi, stazionari o peggiorati 17 %, morti 15. I morti ed i peggiorati sommano al 26 % per i paralitici che non erano stati tratti nel periodo di latenza e al 66 % per quelli che ricevettero cure particolarmente salvarsaniche, nel detto periodo. Ne deduce che quando il sifilitico manifesta i segni premonitori o manifesti della paralisi, devono essere evitate le cure specifiche, specialmente quelle arsenobenzoliche, perchè riescono sicuramente dannose in modo diretto ed anche indiretto, vale a dire nei riguardi del trattamento più razionale.

L'O. insiste sulla difficoltà di prevedere se si otterrà un successo od un insuccesso dalla malarioterapia, potendosi osservare risultati disastrosi in casi che si presentavano con tutti gli elementi favorevoli per le migliori previsioni e viceversa.

Tra le cure complementari, da praticarsi a trattamento malarico ultimato, si limita alle cure antianemiche e ricostituenti (arseniato di ferro) completate da un trattamento bismutico intenso.

L'O. si dimostra particolarmente favorevole al metodo dello sdoppiamento della cura.

Questo consiste nel provocare lo sviluppo di 4-6 attacchi in un primo tempo; far seguire il periodo di cura complementare, come si è già indicato ed, a distanza di circa 6 mesi, reinoculare la malaria per provocare una seconda serie di attacchi (4-6). Seguirà una nuova cura complementare.

Con questo metodo ha ottenuto i più brillanti risultati senza complicazioni rimarchevoli.

Poichè nel 20 % circa dei casi la reinoculazione della malaria non attecchisce, propone di utilizzare in questi casi altri mezzi piretogeni ed insiste sulla miscela da lui proposta nel 1913 di tubercolina e nucleinato sodico, la quale in unione alle cure bismutiche, gli diede allora numerose ottime remissioni, stabili da circa sei anni.

Questo trattamento in due riprese colla malaria e con mezzi piretogeni biochimici ritiene rappresentino il metodo terapeutico migliore, il meno rischioso ed il più idoneo a combattere per vie diverse la grave complicazione della lue.

Perforazioni multiple dell'intestino e della vescica urinaria da colpo di pistola.

Prof. B. Quarella. — Il p. che l'O. presenta all'Accademia, veniva portato all'Ospedale circa tre ore dopo il ferimento: egli presentava sei ferite all'intestino tenue e due ferite alla vescica urinaria; tutte le ferite vennero suturate, comprese quelle della vescica; in questa venne lasciato il catetere a permanenza; fu pure posto uno zaffo nel Retius. Guarigione in 25 giorni.

Sull'azione della diatermia locale nelle nefropatie.

Dott. L. Gedda. — Nei casi trattati (glomerulo nefrite acuta diffusa, rene policistico bilaterale) ha notato in seguito alla applicazione diatermica una diuresi spiccatamente maggiore ed il contemporaneo netto abbassarsi della pressione arteriosa; in due casi vi fu un aumento di pressione arteriosa dopo la sospensione delle applicazioni diatermicse, ma l'ipertensione fu ricondotta in un caso a valori pressochè normali mediante una serie di applicazioni diatermiche. Fu notata una accentuazione della ematuria, ma questa non può preoccupare, essendo da molti autori considerata come indice dello sbocco glomerulare.

L'O. ritiene che il rene abbia una parte preponderante nella determinazione dell'ipertensione e che la diatermia attenui l'ostacolo frapposto alla funzione glomerulare, sia il processo di glomerulo nefrite dovuto ad uno spasmo delle arteriole preglomerulari o non piuttosto ad un vero processo infiammatorio dei glomeruli.

In ammalati affetti da ipertensione essenziale, agendo con la diatermia sui reni non riscontrò cambiamenti nei valori della pressione. L'O. non ritiene che l'ipertensione nelle nefropatie assuma un carattere di compenso funzionale, in quanto favorisce la diuresi, ma che l'ipertensione, determinata precipuamente dal rene ammalato, sia a netto significato patologico senza carattere compensatorio.

Pireto zolfo-terapia e cure aspecifiche nelle malattie luetiche del sistema nervoso.

Dott. Prof. Roasenda. — In tabici ed in ammalati di mielite luetica iniettò 2-3 a 6-8 cmc. di soluzione satura di zolfo precipitato in olio di olive deacidificato, ottenendo rialzi termici fino a 39,5-40° ed anche più; nel giorno seguente fa un'iniezione endovenosa di enesol e nel terzo giorno un'iniezione di bismoxil. Dopo 1-2 giorni di pausa, riprende, in tutto fa una decina di tali serie, senza speciali interruzioni.

Riportò qualche buon risultato in tutti i casi, in qualcuno assai evidente. Non ebbe mai inconvenienti di importanza, all'infuori del dolore locale, provocato dall'iniezione, nei tabici di minor grado, negli altri pazienti più intensa.

L'O. pensa che il metodo possa essere provato e che si possa sostituire l'enesol con un'iniezione di preparati arsenobenzolici più un'altra iniezione mercuriale. Contro il dolore si potrà consigliare un preparato a base di oppio e non un analgesico e ciò per evitare un'azione antiperetica.

Villata.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 1° marzo 1929.

Presiede il prof. Bertino, presidente.

Rapporti tra le leggi dell'eredità e l'evoluzione.

Prof. E. Enriquez. — L'eredità è atomistica, consiste in un insieme di elementi chiamati geni; l'evoluzione è conseguenza della non esattezza della eredità, perciò può consistere soltanto in variazioni dei geni.

Queste variazioni sono messe direttamente in luce dagli esperimenti di genetica, sia nel caso delle mutazioni, sia in quello della variabilità fluttuante, per quanto essa è ereditabile.

La legge della indipendenza dei geni (3ª legge di Mendel) si applica alle loro variazioni come legge della indipendenza delle variazioni.

Quest'ultima legge produce gruppi sistematici piccoli e grandi, ad affinità intrecciate; come in realtà si osserva sempre in tutta la Zoologia e in tutta la Botanica.

Prof. Terni. — Riconosce che la concezione dell'O. è importante e nuova e che conferma la grande autorità di cui egli gode come studioso dell'eredità. Si domanda se il concetto della variabilità dei geni non possa finire collo scuotere le basi della teoria cromosomica dell'eredità, la quale considera i geni come qualche cosa di costante e di immutabile.

Prof. Enriquez. — 1) Che eredità sia l'opposto di evoluzione è senza altro contenuto nel significato dei due concetti; 2) la variabilità dei geni non distrugge affatto la dottrina dell'eredità. Questa dottrina si basa sui risultati di esperimenti entro un certo limite di approssimazione; entro corrispondente limite sono immutabili i geni, non in senso preciso, esatto; una immutabilità esatta non può essere in alcun modo accettata, essendo contraria al principio fondamentale che due cose materiali eguali non esistono e non possono esistere.

Identità è un concetto geometrico astratto. Quando di oggetti materiali si dice « uguali », « immutabili », ciò significa soltanto « molto simili », « poco mutabili ».

Sulla struttura e funzioni del paraintestino nei ricci di mare.

Dott. F. Bertolini. — Quest'organo è un canale che sbocca coi suoi estremi in due punti dell'intestino. Con ricerche istologiche l'O. ha dimostrato in esso la formazione di un secreto funzionale. Prove di digestione artificiale hanno dimostrato che i suoi estratti digeriscono gli idrati di carbonio (amido e saccarosio).

Esso è dunque un organo ghiandolare produttore di enzimi digerenti, non un semplice trasportatore di acqua come sostenevano gli autori francesi.

Prof. Terni. — Dal punto di vista della morfologia della secrezione mi sembra che le osservazioni dell'O. abbiano notevole interesse per due ragioni:

1) perchè dimostra che la secrezione esocrina ha larga diffusione nella scala zoologica;

2) perchè essendo il secreto pigmentato si può ben riconoscere che esso realmente è espulso dalla cellula nell'atto della secrezione esocrina.

Sulla rigenerazione della corda dorsale e sui rapporti tra rigenerazione della corda e rigenerazione della coda in larve di anuri.

Dott. A. FRANCESCON. — L'O. ha studiato con nuova impostazione sperimentale, la rigenerazione della coda, mutilata contemporaneamente a totale estirpazione del tessuto vescicoloso della notocorda caudale, confrontandola con l'esito rigenerativo della semplice mutilazione della coda coi seguenti risultati:

l'estirpazione della notocorda, della sua porzione vescicolosa, nelle larve in stati avanzati di Anfibi Anuri, ritarda, in confronto alla semplice mutilazione della coda, la rigenerazione della corda dorsale stessa e conseguentemente della coda. Le nuove cellule vescicolose provengono dall'epitelio cordale e ricostruiscono la corda dorsale completa in circa 100 ore;

la guaina cordale, anche se sprovvista di tessuto vescicoloso è capace di rigenerare nel primo abbozzo di gemma caudale rigenerante; l'inizio di tale rigenerazione coincide coll'inizio di rigenerazione di cellule vescicolose nella parte basale della coda;

la guaina cordale, nelle larve operate di semplice sezione caudale, s'ispessisce nella parte che rigenera, ritorna poi a dimensioni normali quando la coda rigenerata ha raggiunto la lunghezza definitiva. Nelle larve operate d'estirpazione cordale invece, l'ispessimento interessa la guaina non solo nella parte neo-formata, ma per tutta la sua lunghezza, e persiste nella coda rigenerata che ha raggiunto le sue dimensioni definitive;

la notocorda, nelle larve operate d'estirpazione aumenta di calibro in totalità e tale rimane anche quando la coda ha raggiunto il termine d'accrescimento, sia nella parte rigenerata che nella porzione superstite di coda;

l'estirpazione del tessuto vescicoloso quindi, se da un lato ritarda l'accrescimento in lunghezza della coda, dall'altro determina una esuberanza di rigenerazione della corda, che si manifesta con aumento di volume di essa ed aumento di spessore della guaina;

il ricostituirsi assai pronto e completo, anzi esuberante del tessuto vescicoloso cordale all'inizio della rigenerazione della coda, prova l'importanza statica, cinetica (e forse anche energetica, dato il contenuto in glicogene (Terni) di essa?) di detto tessuto così abbondante nella coda larvale degli anfibi;

il tessuto epiteliale, il connettivo, e lo stesso tubo neurale precedono, è vero, nella loro rigenerazione la riparazione della notocorda privata del proprio tessuto vescicoloso nè sembrano essere influenzati direttamente da quest'ultima nel primo insorgere della loro rigenerazione; tuttavia è probabile che i fenomeni rigenerativi così cospicui della notocorda sia indenne che a sua volta mutilata siano necessari per dirigere in secondo tempo l'ulteriore accrescimento rigenerativo dei vari organi costituenti la nuova coda.

Ricerche sperimentali ed istologiche della fissazione nei tessuti dell'occhio di suspensoidi iniettati endovena.

Dott. A. ANTONIBON. — Recenti ricerche eseguite nell'Istituto di Farmacologia di Padova hanno dimostrato che modificando con opportune aggressioni sperimentali le condizioni locali di un organo, è possibile far variare la distribuzione dei colloidi iniettati nell'organismo in modo che parte della sostanza colloidale precipiti e venga depositata in seno al tessuto artificialmente leso. L'autore è riuscito a fissare nei tessuti dell'occhio (congiuntiva, cornea, iride, corpi ciliari, sclerotica) colloidi diversi iniettati per via endovenosa, per mezzo di istillazioni, nel sacco congiuntivale, di iniezioni sottocongiuntivale, nella camera anteriore e nel vitreo, di alcune sostanze che provocano tale fissazione: e a dimostrato che questo fatto consiste in una accelerazione e in una accentuazione enorme del fenomeno dell'accumulo vitale per parte di elevamenti del sistema reticolo-endoteliale. Tale importanza dottrinale può divenire anche pratica quando con mezzi clinici o fisici, si possa agire su organi, come sull'occhio, che essendo situati esternamente, sono aggredibili con facilità. Le ricerce continuano.

Prof. TERNI. — Mette in rilievo l'importanza dottrinale delle osservazioni del dott. ANTONIBON, che ha indagato la fine base istologica del fenomeno Spagnol.

Prof. CLAUSER. — Come contributo all'interessante argomento trattato dal prof. ANTONIBON ricorda i risultati ottenuti col metodo Spagnol in cancri dell'utero. Si è potuto cioè ottenere con richiamo intenso di granuli Trypanblau nelle masse neoplastiche con la semplice applicazione di un batuffolo intriso di cloroformio.

Sui fenomeni di compenso labirintico.

Dott. ARSLAN. — L'O. espone il risultato di osservazioni da lui compiute su di un paziente che in seguito ad una labirintite acuta sofferta in corso di una otite media purulenta cronica, presentò netta sindrome di deficenza vestibolare unilaterale.

Le osservazioni dell'O. si riferiscono ad un progressivo miglioramento del paziente, essendo insorti particolari compensi a riparare il deficit labirintico, espone le varie prove eseguite con la tecnica di Brünings-Grahe e si domanda se attraverso il noto fenomeno di Ruttin si può intravedere un equivalente obbiettivo numerico quindi esatto, dei compensi accennati o se si tratta di due meccanismi di diversa origine.

SCIMONE.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 21 giugno 1929.

Presiede il prof. A. FERRATA, presidente.

Sui corpi di Kurloff.

PIERA LOCATELLI. — Ha potuto osservare nella milza e nel midollo osseo di una cavia gravida e affetta da tripanosomiasi, numerosi elementi contenenti corpi di Kurloff; in molti di questi il

corpo di Kurloff ha raggiunto dimensioni enormi, e il nucleo ridotto alla periferia è in via di degenerazione o nettamente picnotico.

L'individualità del sangue applicata al problema delle razze.

Capitano dott. D. VIOLA. — L'O. studiò 670 individui ricercando il gruppo sanguigno di ciascuno e precisando nel contempo la forma del cranio e il colore dei capelli, e stabilì le percentuali dei gruppi per ciascuno dei due caratteri antropologici considerati a sè ed in rapporto all'altro venendo alla deduzione che non può essere conclusiva che: il gruppo *A* prevale nei brachicefali bruni e biondi e castagni e nei biondi e castagni dolico e brachicefali; il gruppo *B* prevale nei dolicocefali bruni e biondi e castagni e nei bruni dolico e brachicefali; l'indice biochimico di razza è alto nei brachicefali biondi e castagni e nei biondi dolico e brachicefali, è basso nei dolicocefali bruni e castagni e nei bruni dolico e brachicefali.

L'azione dei raggi ultravioletti sull'occhio e sugli annessi oculari del coniglio.

Dott. FRANZ CORTESE. — L'O. ha svolto due serie similari di esperienze sui conigli pigmentati e su albini. Descrive i fatti degenerativi, infiammatori, rigenerativi e le modificazioni pigmentarie osservati per una irradiazione a dose francamente eritematosa e per trattamenti ripetuti a dose crescente. Negli albini, in confronto dei pigmentati, il globo oculare si dimostrò meno sensibile ai R. U. V., e gli annessi acquisirono un certo grado di attinoresistenza. In complesso il globo oculare si dimostrò meno sensibile degli annessi.

Assenza del sacco paricardico.

NICOLI L. — All'autopsia di un uomo di 53 anni, sano e robusto, senza malattie pregresse nè speciale sintomatologia cardiaca, morto per grave trauma accidentale alla colonna vertebrale, si è riscontrato assenza del sacco pericardico e del seno coronario con sbocco delle vene cardiache nell'atrio sinistro, pervietà del foro di Botallo. Il reperto concomitante di mancanza del seno coronario, mai descritto in casi consimili, ha una notevole importanza per la spiegazione della genesi della rara anomalia pericardica, in quanto che porta un dato anatomico che costituisce la prova finora non mai raggiunta della ipotesi della mancata formazione del setto pleurico-pericardico sinistro per la precoce atrofia del dotto di Cuvier sinistro, rappresentato nell'adulto dal seno coronario.

Dott. A. MIGLIAVACCA. — L'O. ha osservato in animali da esperimento (tope in avanzata gravidanza) che in seguito a somministrazione di un pasto grasso alla madre si osserva nella placenta e nei feti un aumento di grassi, dimostrabile anche con metodi chimici.

Negli animali a digiuno la percentuale dei grassi della placenta è superiore a quella dei feti, mentre durante la digestione materna, tale proporzione non è più mantenuta; aumentando il contenuto in grassi dei feti.

Il cuore, timo e milza fetali durante la digestione materna non dimostrano di partecipare sensibilmente alle oscillazioni quantitative, che invece si rilevano accentuate, con aumento e diminuzione graduali, nel fegato, reni e polmoni.

Questi ultimi trattengono i grassi per un lungo periodo di tempo.

Anestesia tronculare in odontologia.

Prof. SILVIO PALAZZI. — L'O. dati alcuni concetti fondamentali sull'anestesia tronculare in generale si sofferma dopo fondamentali richiami anatomici e farmacologici a parlare dell'anestesia tronculare in odontoiatria. Constata la superiorità in efficacia che l'anestesia tronculare offre negli interventi chirurgici dentali e peridentali nei confronti dell'anestesia plessica, espone la tecnica di intervento sui varii rami nervosi soffermandosi particolarmente a descrivere gli effetti sia per quanto riguarda la durata, l'estensione dell'anestesia, le complicazioni, ecc.

Proietta poi un film cinematografico nel quale il personale dell'istituto della Università di Pavia dimostra i principali interventi anestetici tronculari che interessano l'odontologia.

Seduta del 7 luglio 1929.

Ricerche ematologiche sulla rana salata.

Dott. R. FERRARI. — Nella rana salata, a lunga distanza di tempo dalla perfusione, l'O. ha osservato lo stabilirsi di uno stato di vera eritremia nel senso ematologico della parola, caratterizzato da un processo di iperplasia attivissima del tessuto eritroblastico negli organi ematopoietici e da un arresto del processo evolutivo delle cellule eritroblastiche, che incapaci di giungere a maturazione, passano in circolo profondamente immature.

Di un nuovo dispositivo per ricerche di microrespirometria.

A. RABBENO. — È descritto un microrespirometro, il quale permette di determinare sul medesimo campione di tessuto sminuzzato e sospeso in liquido nutritivo, l'ossigeno consumato e l'anidride carbonica prodotta dal tessuto in un determinato tempo.

Carcinomi dell'esofago. (Osservazioni statistiche ed istopatologiche).

Dott. ALDO BACCAREDDA. — Dall'esame di 31 casi di cancro dell'esofago, tolti da 610 casi di tumori ritrovato in 5513 autopsie, nell'Istituto di Anatomia Patologica di Pavia dal 1898 al 1929 (giugno), l'O. trae dati statistici completi comparandoli con le osservazioni precedenti. Dagli esami istopatologici, egli distingue i cancri dell'epitelio di rivestimento dell'esofago in cancri da cellule basali, cancri da cellule spinose e cancri basio spino cellulari, derivati dall'epitelio nel suo insieme.

Il Segretario: F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Emottisi, crasi sanguigna e fenomeno del laccio.

Le teorie per spiegare l'emottisi durante il corso d'una tbc. polmonare sono numerose: dapprima fu data importanza alla rottura dei vasi, sia per opera del disfacimento caseoso, sia per alterazione dell'avventizia, e formazione di sacche aneurismatiche; in seguito è stato ammesso il fattore congestizio come causa di emorragie parenchimali, come espressione di reazione di focolaio, per l'azione di stimoli esogeni ed endogeni. In questi ultimi tempi Staehelin pensa ad un fattore discrasico, ed avendo trovato un prolungamento del tempo di coagulazione, attribuisce a questa emolisi una azione prevalente nella genesi dell'emottisi.

Aloigi e Boggian, partendo da questo concetto, hanno ricercato il fenomeno del laccio in tbc. emottoici o non, e l'hanno trovato presente in quasi la totalità nei primi, in 4 su 40 nei secondi.

Riprendendo l'argomento, A. Longo (*Rif. Med.*, n. 23, giugno 1929) ha ricercato in tubercolosi polmonare con emottisi: il tempo di emorragia, il tempo di coagulazione, il tempo di retrazione del coagulo, il numero delle piastrine, le prove della fragilità capillare o angiopsatirosi e cioè: prova di Koch, prova di Hess, prova di Hecht, prova della coppetta, fenomeno del laccio.

Le diverse prove furono eseguite in 60 infermi di tbc., di cui 46 con ripetute emoftoe. In tutti questi casi tutte le prove di angiopsatirosi, come quelle riflettenti la crasi sanguigna non hanno dato risultati conclusivi; solo il fenomeno del laccio è stato positivo in 44 su 46 ammalati; la sua comparsa e la sua intensità è in rapporto con l'emottisi, e con la evoluzione e la diffusione del focolaio tubercolare.

La comparsa del fenomeno del laccio in molte malattie infettive toglie gran valore a questo sintomo, messo in rapporto con le emottisi tbc., e la sua presenza in casi con assenza di emoftoe limitano l'importanza della fragilità vascolare invocata per spiegare la produzione dell'emottisi.

Le altre prove di angiopsatirosi e della crasi sanguigna negative tolgono importanza all'invocata fragilità vasale nella tbc., e fanno spiegare il fenomeno del laccio come una fragilità vasale di varia intensità che si presenta in diversi distretti vascolari dell'organismo.

CARUSI.

Ricerche sperimentali sulle alterazioni ematologiche nelle stenosi respiratorie.

Per esaminare le modificazioni ematologiche consecutive alla deficiente aereazione polmonare M. Silvagni (*Valsalva*, n. 2, 1929) ha prodotto in un gruppo di conigli una stenosi tubulare della trachea, e in un altro gruppo un restringimento anulare.

A distanza di tempo variabile da poche ore a parecchi giorni ha prelevato, durante il digiuno, campioni di sangue.

L'esame di esso ha mostrato poliglobulia notevole, che inizia subito dopo prodotta la stenosi e raggiunge il massimo 24 ore dopo. Tale iperglobulia è proporzionale al grado di restringimento del lume tracheale. La poliglobulia è causata da iperattività degli organi ematopoietici. Nei primi giorni dell'esperimento erano in circolo eritrociti nucleati. Diminuito il valore globulare fino a 0,40-0,60 % in certi casi di forte stenosi; però l'emoglobina era sempre in quantità maggiore alla norma.

Il numero totale dei leucociti era costantemente diminuito, ma gli eosinofili erano in spiccato aumento.

Po.

CASISTICA.

Di una particolare sindrome dolorosa in talune calcolosi della cistifellea.

Tale sindrome, su cui A. Cernezzi (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 28, luglio 1929) richiama per primo l'attenzione, consiste in una crisi dolorosa che insorge 5-20 m. dopo l'ingestione di latte, di olio o di brodo grasso, a stomaco vuoto. Il dolore si localizza all'epigastrio, nella zona alta, presso lo sterno.

Carattere distintivo di questa sindrome è: causa determinante (latte, olio, brodo), precocità ed intensità dei dolori, stomaco vuoto.

Dai 30 casi operati di colecistite calcolosa, che presentavano tale sindrome dolorosa, l'A ha tratto la convinzione che in concomitanza di essa esiste una cistifellea funzionante, con presenza di calcoli faccettati, impegnati temporaneamente o stabilmente nel colletto o nel cistico dilatato, senza la presenza d'una occlusione completa. Raramente l'ostacolo è costituito da altre cause (angolature del cistico, mobilità abnorme della cistifellea, deformità congenite).

Il meccanismo patogenetico di tali crisi epigastralgiche viene identificato con la stessa funzione fisiologica della cistifellea. Fisiologicamente l'introduzione di piccole quantità di liquido ricco di grassi, passando rapidamente attraverso il piloro nel duodeno, stimola il riflesso duodeno-vescicolare ed eccita la cistifellea a contrarsi ed a cacciare il suo contenuto attraverso il cistico. Allorchè esiste un ostacolo, sia temporaneo sia permanente, lo stimolo costituito dalla contrazione spasmodica delle fibre lisce della parete vescicolare, principali quelle del tratto infundiboliforme, viene trasmesso al plesso celiaco, ed il dolore viene localizzato alla parte alta e mediana dell'epigastrio. È chiaro che tali crisi sono in dipen-

denza della forma e della mobilità del calcolo, e della occlusione più o meno completa che possono provocare al deflusso biliare.

La sindrome precoce epigastralgica delle calcolosi dev'essere differenziata dalle sensazioni dolorose che si hanno nelle gastralgie così dette nervose, nelle crisi gastralgiche tabetiche, nella gastrite cronica, in alcune gastralgie riflesse quali quelle da appendicite, da ulceri gastroduodenali.

Una maggiore osservazione clinica e le moderne ricerche di laboratorio e radioscopiche hanno fatto giustizia della gastralgia nervosa; nelle altre forme la comparsa ed il decorso del dolore sono sufficienti a differenziarle dalla crisi epigastralgica da calcolo.

L'A. non crede che la crisi vescicolare in seguito a somministrazione di latte sia da attribuirsi ad uno choc emoclasico, come vorrebbero alcuni, perchè le crisi da anafilassi sono tardive e si accompagnano a modificazioni ematologiche e ad abbassamento della pressione sanguigna.

Si può quindi stabilire che la comparsa precoce della crisi epigastralgica in seguito all'ingestione di un bicchiere di latte è un indice d'un certo valore per la diagnosi di calcolosi cistica; l'assenza della sindrome non esclude però l'esistenza d'una calcolosi della cistifellea. CARUSI.

L'ittero catarrale non esiste.

Sulla denominazione e sulla patogenesi dell'ittero catarrale esistono recenti ricerche, che tendono a togliere ogni valore al tappo mucoso una volta ammesso come fattore principale di tale ittero.

Anche recentemente Klemperer, Killian ed Heyd considerano l'ittero catarrale come una affezione secondaria ad un catarro gastro-enterico, e conseguente ostruzione del coledoco.

Invece M. Garniel (*Presse Méd.*, n. 17, 1929) riprendendo l'argomento, ricorda come l'ittero sia preceduto da disturbi digerenti: nausea, anoressia, dolori all'epigastrio, diarrea. In seguito si stabilisce l'ittero, che s'intensifica nei giorni successivi; compaiono le feci acoliche, le quali d'altra parte si ricolorano prima che l'ittero sia scomparso.

Se quindi si dovessero considerare queste feci acoliche come l'effetto dell'ostruzione biliare, bisognerebbe notare il loro scolorimento subito dopo la comparsa dell'ittero, e non 2-4 giorni dopo, come suole avvenire.

Inoltre se vi fosse presente un'occlusione del coledoco, si dovrebbe avere anche impedimento nel deflusso del succo pancreatico, con deficienza della secrezione esterna del pancreas. ciò che non è stato riscontrato.

Sperimentalmente è stato notato che l'iniezione nel coledoco di batteri non produce ittero, ma semplice angiocolite; per aversi ittero necessitano speciali microbi, capaci di provocare una notevole distruzione di emazie, e di agire in modo speciale sulla bile, deviandone la corrente, come un fatto di chemiotropismo.

Nell'ittero infettivo attenuato quindi non vi sarebbero alterazioni delle vie biliari, come è stato accertato all'autopsia dei casi più gravi venuti a morte. Il tappo mucoso sarebbe dovuto ad un'infiammazione secondaria del coledoco, per la facilità con cui i germi ascendono o discendono nel coledoco allorchè manca il deflusso biliare. Non bisogna quindi confondere l'angiocolite con l'ittero infettivo; e l'A. propone di chiamare « ittero acuto apiretico » l'ittero catarrale. CARUSI.

TERAPIA.

L'acetilcolina.

È un nuovo medicamento che Villaret e Justin-Besançon (*Presse Méd.*, 12 maggio, 8 dicembre 1928) hanno introdotto in terapia.

Le principali azioni di questo sale si esplicano sulla pressione arteriosa per dilatazione delle arterie ed arteriole, sulle sindromi neurovegetative, con una notevole eccitazione del parasimpatico, dei muscoli lisci dei visceri e dell'utero, e come un ottimo antianafilattico.

Da questo schema emerge l'importanza che ha questo medicamento nell'abbassare la pressione arteriosa, e in tutte le sindromi in cui vi è una lesione arteriorale o arteriosa.

Il cloruro di acetilcolina usato, è un sale notevolmente deliquescente; esso si altera facilmente allorchè è in soluzione, dando luogo alla muscarina, ossidandosi, la quale è estremamente tossica. È necessario quindi servirsi di soluzioni estemporanee, fatte al momento dell'uso. L'acetilcolina va usata per iniezioni ipodermiche o intramuscolari; per bocca ha effetto nullo; per via endovenosa è pericolosa.

La dose dell'acetilcolina va proporzionata secondo i casi, e con i criteri che dirigono l'uso degli arsenobenzoli, digitale, atropina.

In alcuni casi, p. es. sudori dei tubercolotici, se ne possono somministrare 2-5 ctgr., nell'arterite obliterante si deve giungere invece fino a 20-40 ctgr. al giorno, ripartiti in due iniezioni.

Applicazioni cliniche dell'acetilcolina. Nelle sindromi arteriorali, rappresentata dalla sindrome di Raynaud, l'iniezione di 0.05-0.15 gr. di acetilcolina produce una rapida colorazione rosea delle mani che persiste per 12-72 ore. Questo fatto fa attribuire agli AA. la sindrome di Raynaud ad uno spasmo arteriorale, contraria all'acrocianosi con ipertensione, su cui l'acetilcolina non ha azione manifesta.

Un altro effetto non meno evidente si ottiene nella sindrome arteriosa, nell'arterite a tendenza stenosante, in cui lo spasmo che sopravviene all'ostruzione anatomica gioca una gran parte nel determinare la gangrena periferica per arterite.

In tutte le arteriti obliteranti (senile, presenile, diabetica, sifilitica, m. di Burger) l'acetilcolina dà ottimi risultati alla dose di ctgr. 10-15, mattina e sera, per una settimana. L'acetilcolina togliendo lo spasmo, fa scomparire il dolore; l'arto si riscalda, e talora ricompare l'indice oscillometrico.

Anche nella claudicazione intermittente, che secondo gli AA. è mantenuta da uno spasmo arteriorale aggiunto all'ostruzione anatomica, l'acetilcolina ha dato ottimi risultati.

L'applicazione di questo medicamento è stata estesa dagli AA. a molte altre malattie: nella sclerodermia, nelle ulcere trofiche dei monconi d'amputazione, nella tachicardia parossistica.

Nell'ipertensione arteriosa l'acetilcolina abbassa notevolmente la pressione, come risulta da ricerche sperimentali; però la dose usata nell'uomo di 10-20 ctgr. è piccola per poter ottenere degli effetti costanti; tuttavia il suo uso è di notevole efficacia in quei casi in cui son presenti incidenti od accidenti legati alla ipertensione: vertigini, dito morto, mosche volanti, ecc. Inoltre l'acetilcolina dai risultati clinici ottenuti, sembra sia il medicamento di urgenza dell'itto emiplegico.

Bisogna tuttavia usare dosi non molto elevate, le quali stimolando fortemente il vago, produrrebbero un rallentamento del polso ed una caduta della pressione accentuata tali da essere pericolose per la vita del paz.

In oftalmologia l'acetilcolina è stata usata in spasmi vascolari retinici, con cecità, guarita dall'acetilcolina.

Nei sudori dei tubercolotici e nelle altre iperidrosi l'acetilcolina a piccole dosi, che pare abbiano effetto inverso a quello delle forti dosi, è utile.

Nelle coliche da piombo l'acetilcolina fa cessare immediatamente i dolori; bisogna iniettarne ctgr. 15-20 ogni 5-10 minuti, sec. la reazione del soggetto, fino a produrre una caduta netta della pressione arteriosa.

Gli AA. continuano le loro ricerche su questo medicamento, che pare abbia trovato il consenso di molti medici che l'hanno usato.

CARUSI.

L'azione dell'etere benzil-cinnamico sulle ulcerazioni di nature diverse e suoi effetti sul sintoma dolore.

J. Jacobson (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 29 aprile 1929) osserva che l'etere benzil-cinnamico, di cui egli si è precedentemente occupato in varie pubblicazioni, non ha azione specifica sui bacilli di Koch e sulle loro tossine, ma ha potere curativo anche sulla congestione, infiltrazione, suppurazione ed ulcerazioni provocate da differenti agenti patogeni (sifilide, lebbra, varici ecc.).

Si pone ora il problema del processo che conduce alla cicatrizzazione sotto l'azione dell'etere benzil-cinnamico.

Secondo l'A., il medicamento agirebbe direttamente sul tessuto patologico e la conseguenza naturale di questa azione sarebbe la sclerosi. Egli ha cercato di verificare la loro ipotesi per mezzo di ricerche di laboratorio.

In cavie dello stesso peso, sesso e spessore della pelle hanno prodotto delle ferite della stessa grandezza ed hanno poi trattato una metà degli animali con iniezioni di etere benzil-cinnamico. Orbene nelle cavie sottoposte al trattamento le ferite hanno cicatrizzato molto più rapidamente che non nelle altre.

Se ne deduce che il medicamento in quistione introdotto nell'organismo per iniezioni, è capace di agire direttamente sui processi riparatori ai quali è subordinata la guarigione delle ulcerazioni di varia natura.

L'etere benzil-cinnamico spiega anche azione calmante sul dolore specialmente nelle forme in cui il dolore stesso ha carattere di continuità.

VICENTINI.

VARIA.

L'importanza fisionomica degli occhi.

Che gli occhi abbiano la parte prevalente nell'espressione fisionomica è risaputo da tutti. È molto comune il detto: gli occhi sono lo specchio dell'anima.

Gli occhi sono i rivelatori essenziali del temperamento individuale degli stati affettivo-sentimentali, dell'intelligenza e del lavoro intellettuale.

Il linguaggio degli occhi è altrettanto e talvolta ancora più eloquente di quello parlato, di cui in ogni caso è un elemento integrativo di prim'ordine.

Dagli occhi emana una potenza fascinatrice che nessuna eloquenza eguaglia mai. Si può ascoltare con più o meno commozione, ma l'essere guardati negli occhi, provoca nella grande maggioranza un grave turbamento, tanto che il sostenere lo sguardo, specie in determinate condizioni, non è da tutti.

Sembra che gli occhi fissati negli occhi abbiano una misteriosa facoltà investigatrice che penetra fin nei bassifondi dell'incosciente.

Tutte le passioni parlano con gli occhi il loro linguaggio particolare, ma è sopratutto l'amore che con gli occhi dice le parole più espressive, più penetranti.

L'espressione fisionomica dello sguardo è la risultante di componenti plastico-dinamici molteplici e complessi.

Essa dipende dalla situazione, dalla disposizione, dall'inclinazione degli occhi, dalla forma, dalla grandezza, dalla sporgenza del globo oculare, dallo stato della pelle, dalla forma, dai movimenti delle palpebre, dallo stato del bianco dell'occhio, dal colore dell'iride, dall'ampiezza e dai movimenti dell'iride, dai movimenti dei bulbi oculari, dalle sopracciglia, dallo stato di umidità della congiuntiva.

Quando si consideri che tutte queste condizioni sono determinate dal gioco di una ricca musculatura esterna ed interna e di modificazioni vasali e secretorie, che sono sotto la dipendenza di un apparato nervoso complessissimo, del quale fanno parte oltre alle fibre vago-simpatiche parecchi nervi cranici, dei quali tre destinati esclusivamente all'innervazione di muscoli oculari, si può apprezzare quale intricato meccanismo sia quello che governi lo sguardo.

Già le modalità statiche degli occhi costituiscono elementi rivelatori dell'energia intellettiva, volitiva e sentimentale.

Gli occhi ravvicinati ed infossati dànno una nota di vivacità e di cattiveria, gli occhi allontanati invece sono meno vivaci, ma più calmi e dolci. Nei popoli più crudeli, come nei mongoli ed in alcune razze arabe, gli occhi sono ravvicinati, nei latini invece sono allontanati.

Normalmente gli occhi hanno un'inclinazione retta nel senso che la linea che unisce gli angoli esterni è orizzontale. Quando gli angoli esterni sono sollevati, inclinazione convergente, lo sguardo è più vivace e più espressivo, nel caso contrario, inclinazione divergente, lo sguardo è più triste e meno intelligente.

Gli occhi sporgenti sono dolci, brillanti, vivi, ma quando la sporgenza è troppo accentuata lo sguardo assume un'espressione di meraviglia, d'angoscia, di terrore.

Gli occhi infossati sono indici di profondità di pensiero, di energia e costanza.

Gli occhi piccoli dànno un'aria di furberia e di penetrazione.

Gli occhi moderatamente grandi sono segni d'intelligenza, ma quando lo siano eccessivamente conferiscono un'aria di mansuetudine poco intelligente.

L'occhio rotondo è espressione di energia e di scaltrezza, l'occhio a mandorla indica dolcezza e profondità di sentimento.

Il colore dell'iride ha una discreta importanza nell'espressione del temperamento. Le tinte chiare indicherebbero vivacità e dolcezza, le tinte scure esprimerebbero sentimenti forti, volontà energica, intelligenza profonda, le iridi variegate invece indicherebbero sentimenti eccessivi, idee elevate, irregolarità dell'energia volitiva.

Il bianco dell'occhio puro è indice di salute, di temperamento equilibrato, di calma sentimentale. Quando è giallastro, rossastro, solcato da vasi sanguigni visibili indica un temperamento caldo, un carattere violento, cattiveria e impulsività.

Lo stato delle pupille è un componente non meno importante dell'espressione fisionomica e del meccanismo mimico. Le pupille miotiche si riscontrano spesso in individui decisi, energici, ambiziosi; le pupille ampie invece in individui mansueti. D'altra parte i movimenti pupillari costituiscono concomitanti somatici delle emozioni. È noto come sotto l'influenza della meraviglia e sopratutto del terrore le pupille si dilatano fortemente.

In fondo le escursioni pupillari non sono che uno dei molteplici elementi motori che costituiscono l'articolazione del linguaggio parlato dallo sguardo, linguaggio statico e dinamico, in quanto gli occhi esprimono il riposo o lo sforzo intellettivo, le oscillazioni affettive anche nello stato di perfetta immobilità.

Lo sguardo immobile con un volto liscio rivela l'insipidezza dello spirito, l'indifferenza sentimentale, mentre lo sguardo immobile in un volto teso e sotto sopracciglia corrugate è lo sguardo duro, energico dell'uomo che pensa e vuole.

Lo sguardo diritto ad occhi bene aperti che guardano negli occhi degli altri e che si lasciano guardare, indica la rettitudine, la franchezza, l'equilibrio. Lo sguardo ad occhi paralleli che sfuggono gli occhi degli altri, indica la debolezza d'animo, e la doppiezza.

Infiniti sono gli atteggiamenti plastici e dinamici degli occhi corrispondenti all'infinita varietà delle qualità e del grado delle nostre emozioni, dei nostri sentimenti.

La parola non può che abbozzare gli elementi di questi atteggiamenti e più che destare immagini precise, può dare impressioni più o meno vaghe. Il linguaggio parlato, la descrizione letteraria, in prosa o in versi, non riesce mai a dare rappresentazioni vive, e lascia alla fantasia del lettore o dell'ascoltatore di completare le immagini necessariamente incomplete, o a foggiarsi addirittura immagini affatto differenti da quelle che sono nella immaginazione dello scrittore o del dicitore.

Omero ripete frequentemente che Elena era divinamente bella, ma non fa mai una descrizione precisa e dettagliata del corpo e del volto della donna fatale. E ciascuno di noi con la propria fantasia a seconda delle proprie tendenze, dei propri gusti, o da elementi tolti dalle arti plastiche si forma un'immagine corrispondente al proprio ideale di bellezza.

D'Annunzio abbozza modalità di sguardi, che malgrado il perfetto artificio della forma, non riescono mai a dare immagini concrete ben nette, ma che pure si lasciano apprezzare per i sentimenti che provoca.

Solo la pittura e la scultura possono rendere esattamente gli elementi plastici dello sguardo. Nessun poeta potrà rendere la dolcezza dello sguardo delle madonne di Raffaello, il sorriso che sprizza dagli occhi della Gioconda di Leonardo, la crudeltà atroce dello sguardo della Medusa del Caravaggio, l'indefinibile espressione di stanchezza e di dolore, di risolutezza e di abbattimento che hanno le orbite cave del Giorno e del Crepuscolo di Michelangelo.

argo.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Emilio Candia, da Scalea:

Si rivolga alla *Rivista di Terapia moderna* del prof. P. PICCININI, che qualche anno fa raccolse tutte le notizie riguardanti l'esercizio dei medici italiani all'estero. *fil.*

Anzianità dei maggiori medici di complemento. — Al dott. E. G., da C.:

Avanzamento per l'anno 1930 fino al 31 dicembre 1917 ad anzianità fino al 13 gennaio 1918 a scelta. (Circolare 438 *G. M.* 1929).

A. C.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIII - Prescrizione di medicinale che possa determinare pericolo di danno alla persona: inesistenza di reato.

L'art. 483 del C. P. dispone così: « Chiunque, anche per negligenza o imperizia, fa sorgere in qualsiasi modo il pericolo di danni *alle persone* o di gravi danni alle cose è punito con l'ammenda sino a lire duecento o con l'arresto sino a venti giorni. Se il fatto costituisca in pari tempo infrazione ai regolamenti in materia *di arti*, commerci o industrie, e la legge non disponga altrimenti, la pena è dell'arresto dai sei a trenta giorni e della sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte sino ad un mese ».

Un medico chirurgo fu imputato di tale reato per avere prescritto « contrariamente a quanto è indicato nei vari trattati di pediatria, per calmare dei dolori allo stomaco di un bambino, gr. 15 di laudano, dicendo alla madre di somministrarne due o tre gocce al giorno diluite in acqua e scrivendo poi sulla ricetta semplicemente: gr. 15 di laudano uso noto ». (Abbiamo riportato l'atto di imputazione). Fu pure imputato dello stesso reato il farmacista che spedì la ricetta, consegnando « il medicinale prescritto dal primo, senza usare le cautele dovute e cioè senza metterlo in una bottiglia-contagoccie e senza che sulla ricetta fosse specificato l'uso per cui serviva detto medicinale ».

Il Pretore di Pieve di Cadore condannò il medico e il farmacista alla pena di L. 150 d'ammenda, ritenendo che l'uno e l'altro, prescrivendo il primo e vendendo l'altro il laudano, avessero fatto sorgere, per negligenza o imperizia, pericolo di danno alla persona del bambino, al quale il laudano avrebbe dovuto essere somministrato.

È da notare che la contravvenzione era stata accertata dai carabinieri, i quali nel verbale dichiararono che la quantità del laudano prescritto « era superiore a quella consentita dai vari trattati di pediatria ». L'ufficiale sanitario, richiesto del suo parere dal brigadiere dei carabinieri, aveva dichiarato che « secondo la farmacopea usata in pediatria, fino al 5° mese di età è sconsigliato l'uso del laudano; a due anni si somministra una goccia diluita in acqua; due goccie a tre anni, tre goccie a quattro anni, ecc.; come quantità giornaliera, si adopera specialmente per lenire i dolori intestinali, nelle dosi suindicate; qualora vi è tendenza alla stitichezza è controindicato; dosi maggiori producono avvelenamento, ecc. ».

Nessun danno era derivato; ma, come si è detto, in base agli elementi sopra indicati, il medico e il farmacista furono condannati per aver fatto sorgere *pericolo* di danno alla persona. La sentenza del Pretore, evidentemente errata almeno dal punto di vista giuridico, per inesatta interpetrazione dell'art. 483, è stata annullata dalla Corte di Cassazione del Regno con sentenza 28 giugno 1929 (ric. Masinielli), della quale riportiamo la motivazione che stabilisce esattamente il contenuto e i limiti dell'art. 483, diretto a reprimere quegli atti che possono far sorgere pericolo di danno alle persone, costituiscono cioè inosservanze di doveri che possano cagionare comune pericolo.

« Osserva che per l'esatta interpetrazione dell'art. 483 C. P. è necessario tener presente che l'articolo suddetto fa parte del titolo 2°, libro 3°, codice penale, titolo che si occupa esclusivamente della contravvenzione concernente l'incolumità pubblica, e che perciò non può riferirsi che ad un pericolo a cui è esposto chiunque faccia parte di un aggregato più o meno numeroso di persone, non già una persona singolarmente determinata. Nella relazione al progetto del vigente codice penale il contenuto dell'art. 483 è chiarito nei termini seguenti. « È una disposizione generale e complementare, secondo la quale può essere colpito ogni fatto non previsto negli articoli precedenti, risultante da un atto di qualsivoglia che faccia sorgere il pericolo di danno alle persone od alla proprietà pubblica o privata ».

Nella specie il preteso pericolo contestato agli imputati e ritenuto dalla sentenza del Pretore riguarda non un pericolo comune, relativo cioè ad una comunità di persone, anche se questa voglia limitarsi ai componenti una famiglia, ma soltanto un bambino, il quale d'altra parte neppure può dirsi che sia stato esposto ad un concreto pericolo, perchè il laudano non gli fu affatto somministrato. Per conseguenza, trattandosi di un fatto non previsto dall'art. 483 cod. pen. nè da altre disposizioni di leggi penali, fondato è il primo motivo del ricorso, motivo che assorbe gli altri due e che giova di diritto anche al dottor Sala Mario condannato nello stesso giudizio per lo stesso reato, quantunque egli non abbia prodotto ricorso ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Denunzie per esercizio abusivo di professioni sanitarie.

In esecuzione delle disposizioni date dal Ministero dell'Interno per la rigorosa applicazione delle nuove leggi repressive dell'abusivo esercizio nelle professioni sanitarie, nel secondo trimestre del corrente anno sono stati denunciati all'autorità giudiziaria 631 esercenti abusivi delle professioni suddette, dei quali: per esercizio abusivo della medicina e chirurgia 76; per l'esercizio abusivo della odontoiatria 73; per l'esercizio abusivo della veterinaria 45; per l'esercizio abusivo della farmacia 301, per l'esercizio abusivo della ostetricia minore 136. Inoltre sono stati chiusi per constatato abusivismo professionale: gabinetti medico-dentistici 16; drogherie e farmacie 6.

I droghieri e la vendita dei medicinali.

Il Ministero dell'Interno, in merito alla vendita da parte dei droghieri di alcune sostanze medicamentose inscritte alla Farmacopea Ufficiale del Regno, ricorda che con decreto 14 luglio decorso alle tabelle V e VI della nuova Farmacopea sono state apportate le seguenti modificazioni:

1) *Tabella V* (elenco dei prodotti iscritti nella Farmacopea che i non farmacisti sono autorizzati a vendere al pubblico sotto l'osservanza di determinate norme ed in qualità non inferiore a quella indicata nell'elenco medesimo). Soppresso il prodotto « Carbonato di piombo » che, per non essere compreso in detta farmacopea, resta di libera vendita.

2) *Tabella VI* (elenco dei prodotti iscritti nella Farmacopea, la vendita dei quali è libera a chiunque, salvo il disposto per i veleni), aggiunte le sostanze: acido borico, acido gallico, carbonato di magnesio in pani, glicerina, luppolino, triossimetilene, trioformolo, solfato di calcio disidratato (gesso-cotto).

Cronaca del movimento professionale.

Ordini dei medici.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine di Chieti risulta così costituito: presidente il prof. dott. Aristide Mattoli; altri membri i dottori Campana, De Benedictis, Tilli, Cajone, Galeazzi, Marino e Daniele.

Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine di Milano risulta così costituito: presidente, prof. dott. Baslini Carlo; membri: dott. Carcano Giuseppe, prof. Ettorre Enrico, dott. Parodi Luigi, prof. Pepere Alberto, dott. Rossi Emilio; segretario: prof. Rovida Camillo; cassiere: dott. Scotti Cesare.

Il nuovo inquadramento degli universitari.

Il nuovo inquadramento dei professori e del personale assistente deciso dal segretario del Partito, suddividendo l'organizzazione in due associazioni distinte, distribuisce meglio le competenze di categoria, evita interferenze e, per tal modo, facilita la soluzione dei problemi specifici siano economici che perituali. Così tutta la vita universitaria sarà riassunta in tre organi di azione fascista, che hanno a capo diretto il segretario del Partito: 1° « Gruppo universitario fascista », per gli studenti; 2° « Associazione nazionale assistenti universitari fascisti », per gli aiuti e gli assistenti effettivi ed i volontari che abbiano un anno di servizio; 3° « Associazione nazionale professori universitari fascisti », per i titolari, gl'incaricati (durante il periodo dell'incarico) ed i liberi docenti.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGRIGENTO. *Amministraz. Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laborat Prov. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esame. Scadenza 18 settembre. V. N. 35.

BASCHI (*Terni*). — A tutto 15 ott.; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 2, serv. att. L. 600, 6 sessenni dec.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ag.; per 2 frazioni.

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto 30 sett.; 1ª condotta; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc. e L. 2000 direz. ospedale civico S. Antonio; c.-v.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° settembre; titoli chirurgici.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Chirurgo prim. condotto. Stip. L. 10.000 con 5 aumenti quadrienn. del decimo. Indenn. L. 1000 per servizio Ospedale, caro-viveri. Tassa L. 50,10. Scad. 21 settembre.

CANDELA (*Foggia*). — Stip. L. 9000, con 5 aumenti quadr. del decimo. Età mass. anni 35, salvo eccez. Cart.-vaglia di L. 50,15 al Tesoriere com. Scad. ore 13 del 10 ott.

CARMIANO (*Lecce*). — Scad. un mese dal 20 ag.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; L. 8500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 fino a 500 pov. e L. 5 oltre; tassa L. 50.

CASTELNUOVO CILENTO (*Salerno*). — Stipendio annuo L. 7000 lordo di ritenute, con 4 aum. quadriennali del decimo, oltre L. 1500 per indenn. spese mezzo di trasporto. Scadenza 31 ottobre. Chiedere manifesto alla Segreteria Comunale.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami: *a*) Direttore Sezione Medico-Micrografica, stip. annuo L. 16.000, oltre indenn. servizio attivo L. 1600; *b*) Assistente Sezione Medico-Micrografica, stip. annuo L. 12.000, oltre indenn. servizio attivo L. 1200. Per entrambi indennità caro-viveri. Scadenza ore 12 del 20 ottobre. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

GROSSETO. — Direttore del Dispensario comunale per la sifilide e le malattie veneree; L. 6000; nomine e conferme quinquennali; scad. 15 ott.; tassa L. 50,15.

MORLUPO (*Roma*). — Stip. L. 10.500 per i primi 1000 pov., L. 4 in più per ogni pov. da 1001 a 2000, L. 5 in più oltre i 2000. L. 400 per Uff. San. Tassa L. 50,15. Scad. 20 settembre.

NOVARA. *Ospedale Maggiore.* — Direttore medico, medico primario, medico tisiologo, pediatra primario; scad. 30 sett. Rivolgersi alla Segreteria.

NUMANA (*Ancona*). — Scad. 15 ott.; 2ª cond.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-3000 trasp., c.-v.; età lim. 25-45 a.; tassa L. 50,15; serv. entro 20 gg.

ORTONA DEI MARSI (*Aquila*). — 2ª condotta; proroga 20 sett.

PERUGIA. *R. Università degli Studi.* — Sono aperti i concorsi, per esami, ai seguenti posti: Aiuto per l'Istit. di Fisiologia; Aiuto ed Assistente per l'Anat. umana normale; Aiuto per la Clin. Pediatrica; Assist. per la Clin. oculistica; Aiuto per la Clin. psichiatrica; Assist. per la Med. legale. Scadenza 21 settembre. V. N. 35.

POMIGLIANO D'ARCO (*Napoli*). — Scad. 30 sett.; età lim. 25-45 a.; buona condotta politica; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 ag.; stip. L. 9600; serv. entro 15 gg.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — A tutto 20 sett., 2 condotte; L. 9400 e L. 10.200; tassa L. 50.

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per poter partecipare al concorso di Ispettore Generale del Consorzio Provinc. Antitubercolare di Roma (V. precedenti N.ri 33 e 34) avranno lo stesso effetto i documenti comprovanti che il concorrente ha prestato servizio effettivo in un Ospedale o Clinica o Ospedale Sanatoriale, almeno per un triennio, in seguito alla nomina ministeriale di aiuto o di assistente di ruolo per la Clinica o la Patologia Medica fatta a norma di legge nell'epoca in cui non era ancora prescritto il pubblico concorso.

Il termine utile per la presentazione di tutti i documenti è prorogato alle ore 19 del 20 ottobre 1929.

SANNICANDRO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 26 settembre; 2° rione; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SELLANO (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 9000 e 3 quinq. dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500 uff. san., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 ag.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — 1ª condotta e direttore operatore dell'Ospedale; proroga 30 sett.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A successore del prof. Caruso, defunto, è stato chiamato da Perugia alla cattedra di clinica ostetrica della R. Università di Catania il prof. G. Aymerich.

Presso l'Università di Atalanta (Georgia, Stati Uniti) il prof. James E. Rush è nominato direttore dell'Istituto d'igiene pubblica; il prof. Erich W. Schwartze è nominato direttore dell'Istituto di fisiologia.

Presso l'Università di Chicago il prof. Otto F. Kampmeier è nominato direttore dell'Istituto di anatomia.

Il prof. Giuseppe Caronia, della R. Università di Napoli, è nominato professore *honoris causa* dell'Università Berkeley in California.

Il dott. Giovanni Provera, ufficiale sanitario di Cheren, è nominato direttore dell'Ospedale Coloniale Umberto I di Massaua.

Il governo dell'Eritrea lo aveva già insignito di una onorificenza cavalleresca, per meriti professionali e civili. L'attuale nomina è una nuova prova della considerazione di cui gode questo appassionato medico coloniale, che da 12 anni esercita la sua missione in Libia e in Eritrea. Egli è un apprezzato studioso; anche il nostro periodico ne ha pubblicato dei lavori.

Rallegramenti cordiali.

Una Commissione, nominata dal Governo, visita varî Paesi stranieri per raccogliere elementi sulla lotta contro gli stupefacenti. Essa è così composta: Carlo Tebaldi, ispettore superiore alla Direzione generale della Sanità pubblica; Gaetano Cancelliere, vice-prefetto; Carlo Cibato, ispettore generale all'Amministrazione dei Monopoli di Stato.

NOTIZIE DIVERSE.

35° Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Avrà luogo in Genova nei giorni 23, 24, 25, 26 ottobre prossimo.

I temi in discussione all'ordine del giorno sono:

1) *Splenomegalie emolitiche.* Relatore: prof. Ferdinando Micheli;

2) *Le micosi dell'apparato respiratorio.* Relatori: proff. Giovanni Boeri e Iginio Jacono.

3) *Le cangrene spontanee degli arti con speciale riguardo alle endoarteriti obliteranti.* Relatore di parte medica: prof. Guglielmo Scala. Relatore di parte chirurgica: dott. A. Ciminada;

4) *Le lesioni croniche delle vie respiratorie in rapporto alle esigenze della vita militare*: Relatore: tenente col. medico cav. Gino De Logu.

Non sono accettate e non sono inscritte all'ordine del giorno comunicazioni di soci non in regola con i pagamenti e di aderenti che non abbiano versata la relativa quota (L. 50).

Le comunicazioni, le quali debbono essere presentate non oltre il 20 settembre, debbono riguardare preferibilmente argomenti attinenti i temi di relazione.

Ogni socio o aderente non può presentare più di due comunicazioni.

È fatto obbligo a tutti nell'inviare le comunicazioni di presentare il testo riassuntivo per la opportuna pubblicazione negli Atti del Congresso. Il riassunto dovrà essere breve condensando la sola parte originale della comunicazione.

I congressisti hanno diritto ai consueti ribassi ferroviari e sarà a loro richiesta, inviato in tempo utile lo scontrino per i viaggi di andata e ritorno con validità dal 16 al 29 ottobre.

Per schiarimenti di ogni materia attinente il

Congresso, rivolgersi al segretario del Comitato locale prof. dott. Michele Manara, aiuto della R. Clinica Medica, via Balilla, n. 5, Genova.

18° Congresso italiano delle Scienze.

La Società Italiana per il progresso delle Scienze terrà la sua 18ª assise a Firenze, a integrazione e complemento della Mostra storica. L'inaugurazione avrà luogo il 18 corr., al Palazzo Vecchio, presenti le autorità politiche, civili, scientifiche, militari, ecclesiastiche; nei giorni 18, 19, 21 e 24 avranno luogo le sedute scientifiche; nei giorni 20, 22 e 25 verranno effettuate gite e visite varie. La Società è presieduta dall'on. barone prof. Alberto Blanc; il Comitato ordinatore dal principe Ginori Contri.

13 Conferenza internazionale delle Croci Rosse.

Avrà luogo a Bruxelles durante il 1930, in occasione del centenario dell'indipendenza belga.

18° Congresso internazionale di Statistica.

Il 24 agosto chiuse a Varsavia i lavori la XVIII riunione dell'Istituto Internazionale di Statistica. L'Italia vi è stata rappresentata dal prof. Corrado Ginni, presidente dell'Istituto Centrale Italiano di Statistica, delegato ufficiale, dal sen. Sitta e dai proff. Castrilli, Pietra, Micheli e Dore.

Il Congresso ha nominato membro onorario dell'Istituto il prof. Benini. Ha stabilito di tenere le sue prossime riunioni a Tokio e a Madrid.

2° Congresso internazionale delle abitazioni.

Mentre andiamo in macchina, dal 12 al 16 settembre si tiene a Roma il 2° Congresso internazionale dell'abitazione; esso continuerà a Napoli dal 17 al 19 e poi a Milano, ove si chiuderà il 21; seguiranno varie gite.

Sezione Siciliana della Società Italiana di Pediatria.

Per iniziativa del prof. Cannata, direttore della R. Clinica Pediatrica e dell'Ospedale dei Bambini di Palermo, e con l'adesione del prof. Longo, direttore della R. Clinica Pediatrica dell'Università di Catania, e del prof. Nasso, direttore della R. Clinica Pediatrica dell'Università di Messina, si è costituita la Sezione Siciliana della Società Italiana di Pediatria.

Di tale Sezione fanno parte di diritto tutti i soci della Società di Pediatria residenti in Sicilia e alle riunioni possono anche partecipare coloro che s'interessano dei problemi di patologia ed igiene dell'infanzia.

Inviare le adesioni al prof. Cannata, direttore della R. Clinica Pediatrica e dell'Ospedale dei Bambini, Palermo.

Sarà comunicata la data della prima riunione.

4° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese.

Al Congresso, di cui demmo già notizia, intervennero anche specialisti italiani, fra cui il nostro collaboratore dott. Marcello Agostini inviato dalla Direzione dell'Ospedale di S. Gallicano.

Congresso tedesco di dermatologia.

La Società tedesca di dermatologia ha tenuto la sua 16ª sessione a Konigsberg, dal 5 al 7 agosto; ha discusso i seguenti temi: « Ricerche sull'eredità in dermatologia »; « Prognosi e cura della sifilide congenita »; « Accertamento di guarigione nella blenorragia ».

Le " giornate mediche „ della Galizia.

Si sono tenute a La Corona, dal 21 alla fine del mese di agosto; vi hanno partecipato 160 medici. L'inaugurazione venne fatta dall'Infante Don Jame, secondogenito del Re Alfonso.

Congresso medico belga di interessi professionali.

La Federazione Medica Belga e l'Unione Medica Professionale del Lussemburgo hanno tenuto il 21° Congresso di medicina professionale a Florenville-Orval, dal 31 agosto al 2 settembre.

Le Colonie marine della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana fino dal 1918 nel suo programma di pace dette sviluppo a questa forma di assistenza infantile, per tentare di alleviare i danni del dopo-guerra: destinò le prime sue colonie agli orfani ed ai figli dei combattenti.

In pieno Regime fascista, le colonie sono state perfezionate, sia dal punto di vista sanitario che da quello igienico e pedagogico. In primo tempo esse furono allogate sotto tende; oggi hanno, tutte, edifizi appositi e le tende servono solo per costituire infermerie di isolamento o per riparare i bambini durante le ore più calde nelle località ove manchi l'ombra protettrice degli alberi. Alcune colonie sono grandiose: quella di Marina di Massa ha una mole imponente ed è rallegrata da ampie verande: sembra un immenso vivaio umano. Altre sono suggestive, come quella di Anzio. V'è una colonia marina anche a Tripoli, allogata in un ampio caseggiato a pianterreno, di stile locale.

Per i bambini del Pavese.

Col concorso finanziario di tutti i comuni della Provincia di Pavia, per iniziativa dell'on. Nicolato, è sorta ad Igea Marina, presso Rimini, una colonia meravigliosa per pratica eleganza architettonica e per moderne comodità igienico-sanitarie; vi si avvicendano ogni anno, in tre turni, 1500 bambini.

Una colonia montana, già costituita varî anni or sono a Pietra Gavina, è stata radicalmente rinnovata, sistemata modernamente e provvista di acqua potabile, con acquedotto che rifornisce anche il paese.

Numerose colonie fluviali sono venute costituendosi lungo il Po, il Ticino, la Sesia, l'Agogna, il Lambro; da 22 nel 1928, sono salite quest'anno a 45, per circa un centinaio di comuni della provincia; è da tener presente che molte consorziano due o tre comuni: si può dunque dire che ormai tutti i paesi della provincia ne traggono benefizi, per i loro bambini; il contingente può calcolarsi di oltre 3700 balilla e piccole italiane.

La Sagra della Maternità in Abruzzo.

Il 25 agosto si è svolta a Francavilla una cerimonia originale e simpatica: la premiazione del comune più prolifico della regione, cui è stata assegnata una « coppa dell'Ascensione » messa in gara dal « Giornale d'Abruzzo e Molise ». S. M. la Regina ha concesso il suo alto patronato a questa celebrazione. È stato premiato il comune di Ortucchio. S. E. Bottai ha colto l'occasione della simbolica cerimonia per porre in rilievo i caratteri della battaglia demografica combattuta dal fascismo.

Un decennio di assistenza nell'Italia redenta.

Con solenni e significate cerimonie è stato celebrato il 10° anniversario dell'inizio di attività dell'Opera Nazionale di Assistenza all'Italia Redenta nella Venezia Tridentina, opera umanitaria e feconda di bene, creata dalla Duchessa d'Aosta. Dalle prime azioni di soccorso, non coordinate, si è svolto un complesso crescente d'istituzioni, rivolte in specie all'infanzia, tra cui 15 dispensari per lattanti e 72 asili infantili. Tra le altre istituzioni, va segnalato il Refettorio materno di Trento, destinato alle madri gestanti e lattanti; vi è stato annesso un consultorio-dispensario pre-natale. Le azioni svolte si coordinano con quelle dell'O. N. M. I.

Campagna antimalarica nell'Agro Romano.

Da una relazione del prof. G. Pecori e del dott. G. Escalar (*Riv. di Malariol.*, estratto di p. 55, 1929) risulta che durante il 1928 venne continuata la lotta contro la malaria attraverso un'assistenza sanitaria che diviene sempre più efficiente ed attuando tutte le risorse della profilassi, dalla slarvizzazione alla cattura delle alate, dalla chininizzazione dei sani alla costruzione di stalle pel richiamo di anofeli, ecc. Venne molto curata la propaganda. I risultati sono stati abbastanza confortevoli; i malarici accertati furono 2373, contro 2435 nel 1927 e 3580 nel 1926; le infezioni da terzana maligna furono 1057 con 9 decessi, contro 1165 con 9 decessi nel 1927 e contro 1240 con 14 decessi nel 1926. Negli ospedali di Roma si verificarono altre morti da perniciosa, ma riguardano malarici infettatisi fuori del territorio.

Nell'insieme, va determinandosi una lenta, graduale riduzione della malaria e comincia ormai a prevedersi non lontana l'epoca in cui questa malattia non costituirà più un problema per la regione.

Servizi igienico-sanitari in provincia di Siracusa.

Il prefetto di Siracusa, on. Salerno, in un discorso tenuto per l'insediamento dell'Amministrazione provinciale, ha messo in rilievo la nuova attività aperta all'Ente provinciale nel campo dell'igiene e della sanità. Ha fatto la storia del Consorzio antitubercolare, dei mezzi di cui è fornito, della costruzione del Preventorio Profilattico per fanciulli, dei Sanatori che saranno presto costruiti dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni e dei Dispensari Antitubercolari che saranno presto istituiti presso i vari centri della Provincia.

Esamina la funzione della Provincia nella lotta antimalarica; rileva alcune imperfezioni di ingranaggio e crede che debbano istituirsi delle autoambulanze provinciali che abbiano funzioni ispettive, profilattiche, sanatoriali e terapeutiche.

Riferisce sul laboratorio provinciale di igiene e profilassi sociale e rileva che la Provincia non economizza contributi per mantenerlo ad alto livello, ma che purtroppo i proventi non sono adeguati ai sacrifici anche perchè le richieste per analisi chimiche e batteriologiche non sono numerose. Ciò nondimeno si propone di non negare i mezzi a questa impresa e di voler creare anzi il Palazzo dell'Igiene in un'area che l'Amministrazione sta per acquistare.

Rileva, infine, che la Provincia concorre con somme adeguate alla sussistenza dei ciechi e sordomuti recuperabili, ed alle cure climatiche e balneari dei fanciulli poveri d'ambo i sessi iscritti alle organizzazioni giovanili del Partito.

All'Ospedale di Piacenza.

Nel rinnovato Ospedale Civile di Piacenza, un padiglione per le specialità medico-chirurgiche è venuto ora ad aggiungersi ai padiglioni di terapia e di biologia, che furono inaugurati lo scorso anno.

Il nuovo padiglione occupa un'area di 1300 mq.; consta di tre piani, ciascuno dei quali comprende 23 locali, di cui alcuni adibiti al ricovero degli infermi, altri a sale di visita, gabinetti medici, servizi igienici, sale di refezione, di ritrovo, di lettura, ecc. Il padiglione è attrezzato secondo le più moderne esigenze della tecnica sanitaria.

All'Ospedale di Viterbo.

L'« Ospedal Grande degli Infermi » di Viterbo, gloriosa e benefica istituzione sorta nel 1525, è stato dotato di un gabinetto di radio- e fotologia, che lo mette alla pari, per questo ramo della diagnosi e della terapia, con i più grandi stabilimenti congeneri. Comprende, oltre alle cabine per il trasformatore e per il quadro di manovra, una sala per la radiodiagnostica, una per la diatermia, l'elettroterapia e l'elioterapia, una per la radioterapia.

Si è costituito un nuovo corpo di fabbrica, ad uso del Reparto Cronici, della capacità di 55 letti, con bagni, sala di medicazione, ecc.

L'Ospedale è stato anche dotato di una nuova Camera mortuaria con sala incisoria. Si è rinnovato ed accresciuto tutto il macchinario della lavanderia a vapore. Le spese complessive incontrate ammontano a circa 400.000 lire.

Dispensario provinciale d'igiene sociale a Pescara.

Questo Istituto spiega attività clinica e profilattica e va affermandosi fra il consenso unanime della città e della provincia intera.

Dal marzo all'agosto, sotto la nuova direzione del prof. Renato Paolini, all'ambulatorio dispensariale si sono presentati circa 3560 individui, in confronto dei 300 del semestre precedente.

A quelli effettivamente malati sono state prodigate le cure più varie e moderne, nulla tralasciando per la profilassi, e spiegando ogni azione repressiva per i tre grandi flagelli dell'umanità: sifilide, tubercolosi e cancro.

L'Ospedale Psichiatrico di Fermo.

La Commissione governativa di vigilanza, composta del prof. Giovanni Mingazzini di Roma, del vice-prefetto comm. Bevilacqua e del medico provinciale dott. Biagio Vizioli, ha visitato l'ospedale psichiatrico di Fermo ed ha constatato i progressi realizzati e gli ulteriori bisogni, per i quali l'amministrazione provinciale sarà chiamata a provvedere. L'ospedale è stato recentemente ingrandito, adattando a padiglione, di 3 piani, una vecchia chiesa, dell'Annunziata, non più adibita al culto. È ora capace di 430 posti. È stato approvvigionato copiosamente di acqua, mediante un nuovo acquedotto, in piena efficienza. Molto incremento si è impresso al lavoro dei ricoverati, di cui è nota l'importanza terapeutica e riordinatrice e che, di più, risponde a finalità economiche. L'ospedale è diretto dal prof. Rezza.

Donazioni e lasciti.

La signora Palmira Cipolla fu Ernesto, testè morta a Milano, ha istituito erede universale l'Ospedale Maggiore di questa metropoli. Il patrimonio, che all'epoca del testamento (1917) ascendeva a 200.000 lire, si era assottigliato poi, con la svalutazione del denaro e per le necessità quotidiane della donatrice; nonpertanto l'amministrazione ospedaliera sente il dovere di additare alla pubblica riconoscenza la memoria della donatrice, di cui mai si smentirono la bontà d'animo e lo spirito filantropico, pur essendo caduta in una semi-indigenza.

* * *

Il sig. Giulio Cesare Venturini di Ancona ha lasciato morendo il suo patrimonio a quell'ospedale, con vincolo di usufrutto.

Fondazione Bartolomeo Devoto.

L'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires ha accettato la somma di 125.000 pesos, che corrisponde a poco più di un milione di lire it., donata dalla signora Juana Gonzales Devoto per onorare la memoria del marito, Bartolomeo Devoto. È destinata ad una Fondazione, che provvederà all'invio di medici argentini in Europa, a scopo di perfezionamento. La somma verrà divisa in due parti: una di 100.000 pesos, poste ad interessi semplici i quali saranno devoluti alle borse di studio; l'altra di 25.000 pesos, posti ad interessi composti: ogni volta che questi ultimi raggiungeranno l'importo di 100.000 pesos, esso verrà aggiunto al primo capitale ad interesse semplice, per accrescere il numero delle borse di studio.

Le discipline di cui la fondatrice intende promuovere lo studio sono: fisiologia e chimica fisiologica, batteriologia e immunologia, oncologia, farmacodinamica e tossicologia, embriologia ed istologia. Esclude le discipline applicate, le quali già sono per sè rimunerative.

Deficienza di medici nelle Colonie francesi.

Mentre in Francia i medici sovrabbondano, contandosene 24.000 per una popolazione di 40 milioni, ossia 1 ogni 1700 abitanti, nelle vaste Colonie si avverte un'estrema penuria di medici. In Algeria, che ne è la più fornita, si contano solo 679 medici per 6 milioni d'abitanti, e di essi 656 sono concentrati nel nord, dove si trovano le grandi città; nel Marocco i medici sono 143 per 4 milioni d'indigeni; nell'Africa occidentale francese 156 per 13 milioni di persone sparse in un territorio vasto come l'Europa; nell'Africa equatoriale francese, grande quattro volte la Francia, si riducono ad una trentina; a Madagascar sono una quarantina; nell'Indo-Cina se ne annoverano 111 su 20 milioni di abitanti. Si sono create scuole mediche per indigeni; ma fin'ora non hanno dato che 300 diplomati. Per rimediare alla grande penuria di medici nelle Colonie — ove costituiscono uno dei principali fattori di progresso, di civiltà e di penetrazione — il Ministro francese delle Colonie ha deciso di concedere l'autorizzazione ad esercitare nelle colonie agli stranieri che si diplomino in Francia. Se non che, in genere questi ultimi non vogliono saperne di lasciare la Francia, e ciò con grave disappunto dei Sindacati medici francesi.

I servizi medici coloniali dell'Inghilterra.

Il ministro inglese delle Colonie, on. Amery, ha prospettato innanzi alla Camera dei Comuni i progressi compiuti nei servizi igienico-sanitari delle Colonie, durante gli ultimi cinque anni. Ad esempio, i grandi ospedali delle Costa d'Oro e di Singapore sono senza rivali nei tropici; Ceylon conta 100 ospedali con circa 8000 letti; nella Malesia si sono istituite 25 auto-ambulanze e 2 naviambulanza; e così via. Si è istituita una Scuola medica a Singapore e si spera d'istituirne una nell'Africa occidentale. Ovunque si rivolge l'attenzione alla tutela dell'infanzia e della maternità; in cui l'azione dei funzionari è validamente sostenuta dall'elemento femminile. La Fondazione Rockefeller ha prestato aiuti efficaci in queste azioni e si deve esserle riconoscenti.

Il problema del radium in Inghilterra.

La Camera dei Comuni approvò, il 24 luglio, senza scrutinio, e su proposta del ministro dell'igiene, un'apertura di credito supplementare, per l'importo di 100.000 sterline, pari a 9 milioni di lire ital., allo scopo di sussidiare il Fondo nazionale del radium. Nella discussione l'on. Bellairs, conservatore, suggerì che il Governo inglese porti la questione del radium innanzi alla Società delle Nazioni, dacchè i belgi hanno il monopolio virtuale del radium al Congo, e possono imporre le loro forniture e i loro prezzi: una pressione può essere esercitata per moderare le loro esigenze. L'on. Marrison, laborista, fece osservare che la Società congolese non è sotto il controllo dei belgi, dacchè la lista degli amministratori comprende anche degli stranieri, tra cui uno o due inglesi. Preconizzò nuove ricerche di giacimenti, in specie nell'impero britannico. Il segretario parlamentare del ministero dell'igiene rilevò che la creazione del Fondo pel radium faciliterà le trattative. La somma disponibile consente l'acquisto di altri 17 g. di radium, quantità massima che può oggi essere utilmente impiegata. Sull'intervento della Società delle Nazioni il mi-

ambulanza; e così via. Si è istituita una Scuola medica a Singapore e si spera d'istituirne una nell'Africa occidentale. Ovunque si rivolge l'attenzione alla tutela dell'infanzia e della maternità; in cui l'azione dei funzionari è validamente sostenuta dall'elemento femminile. La Fondazione Rockefeller ha prestato aiuti efficaci in queste azioni e si deve esserle riconoscenti.

Il problema del radium in Inghilterra.

La Camera dei Comuni approvò, il 24 luglio, senza scrutinio, e su proposta del ministro dell'igiene, un'apertura di credito supplementare, per l'importo di 100.000 sterline, pari a 9 milioni di lire ital., allo scopo di sussidiare il Fondo nazionale del radium. Nella discussione l'on. Bellairs, conservatore, suggerì che il Governo inglese porti la questione del radium innanzi alla Società delle Nazioni, dacchè i belgi hanno il monopolio virtuale del radium al Congo, e possono imporre le loro forniture e i loro prezzi: una pressione può essere esercitata per moderare le loro esigenze. L'on. Marrison, laborista, fece osservare che la Società congolese non è sotto il controllo dei belgi, dacchè la lista degli amministratori comprende anche degli stranieri, tra cui uno o due inglesi. Preconizzò nuove ricerche di giacimenti, in specie nell'impero britannico. Il segretario parlamentare del ministero dell'igiene rilevò che la creazione del Fondo pel radium faciliterà le trattative. La somma disponibile consente l'acquisto di altri 17 g. di radium, quantità massima che può oggi essere utilmente impiegata. Sull'intervento della Società delle Nazioni il ministro non stima possibile fare dichiarazioni definite.

Per l'abolizione della pena di morte nell'esercito inglese.

La Camera dei Comuni ha rigettato, con 174 voti contro 66, una mozione dell'on. R. C. Morrisan, perchè nell'esercito fosse abolita la pena di morte per codardia, sostituendovi l'ergastolo. Il sottosegretario Duff Cooper, nel ribattere le considerazioni avanzate a favore della mozione, ha rilevato che la codardia differisce dalla paura in quanto questa risponde ad uno stato d'animo, quella ad un atto. È così che uomini paurosi han potuto compiere atti di eroismo. Oggi si tende a spiegare la codardia con ragioni mediche ed a considerarla quale uno stato morboso paragonabile allo *shock* da granate; ma questa dottrina può avere conseguenze disastrose. In pratica la codardia si dimostra incomparabilmente più perniciosa del delitto: questo per solito si limita a distruggere qualche vita; quella può far perdere una battaglia e perfino una guerra; quindi è indispensabile di combatterla, mantenendo per essa la pena di morte, sebbene, in questi ultimi tre anni, siano state soppresse dieci imputazioni passibili della pena di morte nell'esercito inglese.

Il commercio delle specialità farmaceutiche negli Stati Uniti.

Secondo il Dipartimento per il Commercio degli Stati Uniti, nel 1927 furono quivi vendute per 262.710.297 dollari di specialità farmaceutiche, pari a 5 miliardi di lire it., con un incremento del 9,6 % rispetto al 1926. Sotto quella designazione vengono compresi con i prodotti sintetici ed i composti tutelati da brevetti, come le miscele di cui vengono tutelati il marchio di fabbrica od il nome. L'incremento più cospicuo si è avuto nella vendita dei prodotti vitaminici, che da 347.544 dollari nel 1925 sono passati a 1.443.211 nel 1927; ossia il loro smercio si è quadruplicato. Gli stabilimenti farmaceutici risultarono in numero di 1.284, di cui 214 nello Stato di New York, 124 nell'Illinois, 97 nella Pennsylvania, 90 nella California, 83 nell'Ohio e altrettanti nel Missouri, ecc.

Segnalazione delle automobili dei medici.

L'Associazione Medica Americana ha proposto una targa per il riconoscimento delle automobili dei medici.

In seguito a intese tra il Comitato della Società Medica della Contea di New York e il commissario di polizia, è stata riconosciuta questa targa per la zona di New York, ove le automibili che ne sono fornite godranno un trattamento di privilegio. L'Associazione Medica Americana rilascerà delle tessere personali ai medici, da esibire nei casi di contestazioni.

Corsi per medici stranieri in Russia.

Il Commissariato del Popolo alla Salute Pubblica col concorso della V. O. K. S. (Società per l'Avvicinamento Intellettuale dell'U. R. S. S. con l'Estero), ha organizzato dei corsi per medici stranieri, allo scopo di far conoscere l'organizzazione dei servizi di Sanità e Igiene Pubblica dell'U. R. S. S. Agli uditori si fornirono dei riassunti delle conferenze, tradotti in lingue straniere; inoltre si metteranno a loro disposizione degli interpreti. I corsi avranno luogo dal 15 settembre al 25 ottobre. Per informazioni rivolgersi alle rappresentanze della Società delle Croci Rosse e delle Mezzelune Rosse dell'U. R. S. S., rue de Grenelle 79, Paris, Francia.

Affermazioni di italianità.

Col titolo: « Medicina del Lavoro - Disciplina Italica » viene pubblicato un libro del prof. Alessandro Peri, il quale riassume e documenta tutto il vastissimo e fondamentale contributo che gli italiani hanno dato alla « Medicina del Lavoro ». Il libro è presentato da una assai lusinghiera prefazione dell'illustre prof. Luigi Devoto. Esso s'inquadra in una monografia presentata dal Peri al Concorso « Rivendicazioni Scientifiche Italiane », bandito dalla « Rivista di Terapia Moderna » di Milano, a cura della quale il libro è edito. Viene posto in vendita (a L. 10 presso la Tipografia Cordani, via Donatello, n. 36, Milano) a totale beneficio degli orfani dei medici caduti in guerra.

Troppi Congressi medici.

L'Associazione Medica dello Stato di Ohio, in un'adunanza tenuta a Cleveland, ha approvato un ordine del giorno per rilevare che la frequenza dei congressi medici è divenuta un gravame per i medici; i Congressi finiscono per assorbire troppo tempo, il quale potrebbe essere consacrato alla clientela, allo studio, od anche a legittime ricreazioni. Si raccomanda alle società mediche di non promuovere troppi congressi e di amalgamare quelli affini.

La perdita di AMICO BIGNAMI segna un grave lutto per la medicina e per la scienza.

Ci riserviamo di pubblicare prossimamente una ampia biografia dell'Uomo di cui tutti rimpiangiamo la fine.

A soli 36 anni è morto, vittima della scienza, il dott. ANDRÉ PIERRE-MARIE — figlio del grande neurologo — di un'intossicazione botulinica contratta nell'Istituto Pasteur di Parigi, ove egli era riuscito ad ottenere una tossina di grandissima potenza.

La sua intelligenza si mantenne integra sino alla fine: egli potè seguire tutti i progressi dell'intossicazione, penetrata attraverso un occhio.

Studioso di valore, era anche un appassionato sportivo; ma la sua straordinaria forza fisica non è valso a proteggerlo. La condizione del padre è straziante: giunto alla fine della sua carriera, ha perduto in poco tempo la figlia, la moglie ed ora l'ultimo figlio. Ai funerali era come annientato. All'illustre vegliardo esprimiamo la nostra commossa simpatia.

Registriamo con dolore la perdita del prof. ANGELO RUFFINI, ordinario d'istologia e fisiologia generale a Bologna. Dell'illustre studioso daremo più ampia notizia in un prossimo numero.

A. P.

Con Michele Pavone *sen.* dobbiamo piangere la scomparsa di Colui che dopo la perdita di Giorgio Nicolich, meritava il titolo di Nestore dell'Urologia Italiana.

Michele Pavone fu veramente un antesignano: nel 1890 era già a Parigi ad apprendere l'arte nostra sotto la luminosa guida di Felice Guyon, che della Clinica Necker aveva fatto una fucina di nobili maestri.

Tornato in Italia, per ben 10 anni s'impegnò in aspre lotte accademiche per ottenere che fosse istituita la libera docenza in Urologia. Se la contesa fu aspra e lunga, non per tanto gli venne meno, in fine, il giusto successo. Fu il primo docente in Italia di questa materia, branca della Clinica chirurgica, oggi ritenuta fra le più importanti, allora misconosciuta.

Con C. Bruni e pochi altri fu il Fondatore della Prima Società Italiana di Urologia nel 1908: molto si adoperò poi, perchè tornasse a risorgere l'attuale Società.

Fu, come tutti sanno, un operatore espertissimo; dove poi era inarrivabile per abilità era nella litotrisia, dove potè mettere assieme una statistica di parecchie migliaia di casi, fin'ora mai raggiunta. Questa preziosa esperienza riuscì a compendiarla ottimamente a favore dei chirurghi in un ottimo libro sulla Litotribolitolapassi. Una delle Sue più recenti pubblicazioni riflette uno sguardo sui progressi dell'Urologia in Italia; ha fatto così opera di sano patriottismo.

Augusto Cassuto.

Errata.

Nel fasc. 33, p. 1185, la comunicazione del dott. Polacco va sotto il titolo: Azione del lavoro sullo sviluppo del callo osseo.

Nel fasc. 34, p. 1230-31, leggere: Metodo Walbum e correggere alcuni errori tipografici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 23 Settembre 1929 Num. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA MEDICA N. IV DELLA REP. UNGH.
UNIVERSITÀ DI STUDI « PÁZMÁNY PÉTER »
DI BUDAPEST.
Direttore: Prof. FRANCESCO HERZOG.

Artropatia cronica della colonna lombare.

Dott. CARLO PÁKOZDY, aiuto della Clinica.

La limitazione della mobilità della colonna lombare accompagnata con dolori lombari, apparisce in diverse malattie come sintomo parziale, spesso come sintomo introduttivo, ed anzitutto per lungo tempo come sintomo unico; si osserva spesso nei casi del tumore stramedullare, dell'infiammazione tubercolotica delle vertebre, del lumbago ecc. E per tali motivi questo gruppo di sintomi ci mette in una situazione difficilissima dal punto di vista della diagnosi differenziale. La visita ripetuta ed estesa su ogni parte di tali malati ed il controllo per lungo tempo ci convinse che l'origine dei sintomi proporzionalmente spesso, non si trova soltanto nelle malattie sunnominate, ma proviene dall'artropatia cronica primaria, e localizzata delle vertebre lombari. I clinici, gli anatomo-patologi, i radiologi si occupano negli ultimi anni delle malattie delle articolazioni vertebrali, le quali si estendono su tutta la colonna vertebrale, o per una grande parte della stessa, avendo come conseguenze: la rigidità della colonna vertebrale; e precisamente della spondilite deformante generalizzata e della spondilartrite anchilopoetica (Spondilose rhizomélique). Pur non entrando nell'elencazione e nella discussione delle distinzioni cliniche e anatomo-patologiche dei due procedimenti, bisogna però rilevare l'opportunità e la necessità di distinguerli, anche in base alle nostre osservazioni cliniche. La prima che corrisponde in genere alla forma di Bechterew è piuttosto nell'età anziana; l'ulteriore, la forma di Strümpell-Marie, secondo le nostre osservazioni, è la malattia dell'età più giovane, e si presenta probabilmente come la conseguenza di una infezione: tbc., lu., gonorrhoea.

Lo scopo di questo mio articolo è da una parte a dimostrare il fatto, fin'ora non messo in sufficiente luce dai clinici, che proporzionalmente spesso si vede la malattia cronica circoscritta alle articolazioni lombari, rima-

nendo indenni le altre parti della colonna vertebrale. Queste malattie — circoscritte — come io le ho riscontrate, sono più frequenti delle forme generalizzate; d'altra parte intendo fornire dei dati alla sintomatologia di queste malattie che sono tanto importanti dal punto di vista della diagnosi.

Dal punto di vista dell'anatomia patologica (Simmonds) e della radioscopia (Czunft) si osserva che la spondilite deformante si presenta spesso su una sola parte della colonna vertebrale ed in contributi, e in libri che si occupano della rigidità cronica della colonna vertebrale, si legge che la malattia non si estende su tutta la colonna, non ho letto però quasi fin'ora qualche osservazione, e qualche dato su queste malattie localizzate salvo un recente lavoro del T. Bársony. Soltanto Erben prende precisamente posto, e motiva l'origine artrogena del lumbago. Secondo Erben il dolore lombare che guarisce dopo il trauma entro alcuni giorni, ma tutt'al più entro due-tre settimane, non è la conseguenza della distorsione o della tensione rapida dei muscoli, ma è cagionato dalla lesione, contusione o tensione delle giunture vertebrali. La causa del lumbago che dura più di quattro settimane (del cosidetto lumbago cronico), secondo Erben, è sempre l'affezione delle articolazioni di origine traumatica o reumatica. Oltre di lui gli autori italiani Ricca e Banchieri osservarono nei casi congiunti colla sciatica sintomi che dimostrano la malattia della colonna lombare, e deformazioni radiologiche circoscritte sulle vertebre lombari. Il primo nel suo articolo « La spondilosi lombare », uscito nel 1921, scrive che molti dei casi appartengono alla sintomatologia della sciatica, nelle quali l'origine della malattia è nelle vertebre lombari, descrive la forma clinica, le alterazioni radiologiche, rileva il corso cronico del processo, e rileva che la malattia non inclina ad estendersi di più, e insiste sulla possibilità della guarigione dei sintomi clinici, anche col rimanere delle alterazioni delle vertebre. Anche Banchieri trova che nei casi della sciatica la malattia si svolge nella colonna lombare: da 105 casi ha trovato 42 con alterazioni radiologiche, in maggior parte i sintomi di artrite deformante. Egli rileva anche la possibilità della perfetta guarigione clinica, e non ha constatato nessuna differenza nel processo dei casi positivi, e negativi nei raggi X.

Negli ultimi due anni ho avuto occasione di osservare 8 casi dei malati della Clinica Medica IV di Budapest, nei quali i disturbi ed i diversi sintomi obiettivi dovettero esser riportati all'artropatia isolata delle vertebre lombari. I dati più importanti sono i seguenti:

CASO I. — A. F., di 59 anni. Da 15 anni ha dei dolori lombari più o meno forti, e poi aveva anche dei dolori reumatici nelle estremità inferiori. Ha da tre anni costante dolor lombare.

La mobilità della colonna lombare è molto limitata in ogni direzione. Battendo le vertebre lombari si trovano un poco sensibili, e si trova la scoliosi convessa a sinistra di minore grado. Le estremità inferiori distese nei ginocchi, non sono più piegabili di 60-70 gradi nell'anca, in tutt'e due i fianchi. Sulla fotografia dei raggi X le punte delle vertebre lombari sono espressivamente più puntali, e si vede sul fianco destro dappertutto l'exostosi periostale, e le punte vicine della II e III vertebra destra sono congiunte da un nesso ossuto. Miglioramento graduale in seguito alle iniezioni di atofanil, e dopo un anno e mezzo, l'ammalato non si lagna più, e non esiste alcun sintoma della sua malattia, salvo la scoliosi.

CASO II. — L. E., di 44 anni. Ammesso il 12 aprile 1927. Dall'anno 1923 ha qualche volta dolori lombari sciatici, e dall'agosto 1926 dolori costanti. La colonna lombare è rigida, e battendola duole. Non c'è nessuna alterazione del sistema nervoso. Il liquore si vuota colla pressione un po' più forzata, Pàndy +; Nonne-Apelt, e Wassermann negativi, numero di cellule: 4. Non c'è deformazione patologica sulla fotografia dei raggi X. Dopo le iniezioni di latte, bagni, e fango la malattia migliora, il malato può camminare, ma non si può inchinare.

Nel dicembre 1927 i dolori lombari sono recidivi, nel febbraio 1928, la noce, poi il ginocchio sinistro sono gonfiati, e in tutt'e due i fianchi sentiva dolori lungo al nervo ischiadico. La colonna divenne rigida di nuovo, non c'è più lordosi lombare normale, le vertebre lombari sono in una linea coll'osso sacro. Battendo, e premendo le vertebre ed i muscoli, essi sono un poco sensibili, se si esamina la sensibilità delle vertebre, secondo il sistema di Erben (in direzione mediale si usa una pressione obliqua direttamente sopra il piatto dell'anca, lungo le parti laterali degli erettori) la sensibilità è molto espressiva. Non c'è scoliosi. La noce sinistra, e l'articolazione del ginocchio sinistro sono gonfiate, e movendole, dolgono. In tutt'e due i fianchi c'è un netto sintoma di Lasègue, ma i movimenti delle articolazioni dell'anca sono liberi. Le due tuberosità ischiatiche sono sensibili, non si trova però dei punti di Valleix. Il liquore si evacua con pressione media, Pàndy, Nonne-Apelt, Wassermann, sol d'oro negativi, numero delle cellule: 0. La fotografia ripetuta dei raggi X dimostra ora un risultato positivo: a sinistra sul punto più alto della V vertebra lombare, e presso le giunture sacro-iliacali si vede delle fini escrescenze delle ossa. Dopo le iniezioni solfatiche, e raggi X, comincia un miglioramento più durevole di quello constatato nella prima remissione.

CASO III. — C. F., di anni 62. Nell'età di 12 anni slogatura bilaterale delle anche, il fianco destro è guarito con anchilosi. Ha da due anni dolori lombari, specialmente nel camminare, e poi qualche volta ha dolori forti, dalla parte sinistra della colonna vertebrale verso la parte inferiore del ventre, e verso la sinfisi. Fin'ora cercavano il motivo di tali dolori negli organi del ventre. Il dolore cessa nel riposo. La gamba de-

stra è più corta di 7 centimetri, l'anca destra è rigida, e il bacino è un poco obliquo verso destra. La colonna vertebrale si muove sufficientemente in avanti, e in dietro, ma nei fianchi laterali limitatamente. Non prendendo in considerazione la debolezza del riflesso di Achille sinistro, non c'è nessun'alterazione del sistema nervoso. Si vede sulla fotografia dei raggi X delle grosse exostosi di forma di becco sulle punte vicine delle vertebre lombari I-III.

CASO IV. — M. A., di anni 54. Ha da lungo tempo dolori lombari nel camminare. La parte inferiore della colonna vertebrale dorsale, e la colonna lombare, si muove limitatamente in ogni direzione. Le spine delle vertebre dorsali XI e XII sono sensibili al battere. Non c'è alterazione del sistema nervoso. Sulla fotografia si vedono dei collegamenti d'osso sulle punte vicine delle vertebre dorsali X-XII, specialmente al fianco destro. Poi si trovano delle grosse exostosi di forma di becco sulle punte vicine delle vertebre lombari I-II-IV.

CASO V. — S. E., di anni 72. Ha da 30 anni dolori lombari che diventano acuti generalmente in ogni anno, ma da due anni ha dolori costanti. La mobilità della colonna lombare è, in avanti, ed in dietro espressivamente, a sinistra ed a destra meno espressivamente limitata. I movimenti sono sempre accompagnati con dolori. Moderata scoliosi convessa a sinistra. Non c'è alterazione del sistema nervoso. Si vede sulla pellicola dei raggi sulla punta di ogni vertebra lombare, delle grosse exostosi periostali.

CASO VI. — Signora V. J., di anni 49. La prima visita medica successe al 23-8-1927. Da un anno dolor lombare che diventa più forte allo sforzo, all'inchinarsi, al cambiamento di situazione, ma spesso anche a letto. Da mezzo anno climax. La colonna vertebrale si muove liberamente. Poi il dolore lombare divenne più forte nel gennaio 1928, la mobilità della parte inferiore della colonna lombare è limitata, e le vertebre lombari inferiori sono sensibili alla pressione. Sulla pellicola dei raggi X non si trova nessun'alterazione patologica oltre la sacralizzazione della V vertebra. Nei seguenti mesi i dolori divengono più forti malgrado dei bagni fangosi, e la mobilità della colonna lombare diviene più ristretta. Si ripete la fotografia dei raggi X da tre fianchi: sulla fotografia del fianco si vede che le punte superiori delle vertebre lombari II-V sono allungate e sulle punte c'è una piccola exostosi. Curata coi raggi, migliorava.

CASO VII. — H. S., vedova, di anni 68. Sente da 7 anni dolore lombare, e da un mezzo anno soffre di dolori ardenti repentini che si estendono dall'anca sinistra fino alla estremità. Sulla colonna lombare c'è una forte scoliosi, convessa a sinistra. Le vertebre non sono sensibili alla pressione, ma movendo e girando la colonna vertebrale sente un forte dolore nel lombo. Sull'estremità inferiore sinistra si trova il sintoma di Lasègue, il riflesso di Achille sinistro è un po' più debole del destro. Altra alterazione del sistema nervoso non esiste. Sulle pellicole dei raggi X si vedono sulle punte delle vertebre lombari II-V, specialmente sul fianco destro, le grosse exostosi di forma di becco, e di carattere di nastro.

CASO VIII. — S. I., di anni 27. Da quattro anni ha dolori lombari che divengono gradatamente più forti, specialmente quando si muove, senza che si sia sforzato. In due mesi e mezzo cessa man mano il dolore, ma da un anno e mezzo, sente di nuovo dolori acuti, gradatamente più forti che si estendono anche nelle estremità inferiori, e specialmente nelle cosce. La lordose lombare è meno espressiva di quella ordinaria. Sulle vertebre dorsali inferiori, e lombari c'è moderata scoliosi convessa a sinistra, l'inchino è limitato, e doloroso in avanti, in dietro, ed a sinistra. Le spine delle vertebre non sono sensibili alla pressione, e la pellicola dei raggi X dimostra una fotografia normale oltre la scoliosi. Dopo le iniezioni di latte, e i bagni d'aria calda, il malato migliorava, e in breve tempo diventò abile al lavoro. Nella visita, eseguita dopo sei mesi, sente i dolori soltanto quando si inchina, più fortemente in avanti, ed in dietro. C'è ancora la scoliosi, ma le vertebre non sono sensibili alla pressione, visitando però il malato secondo Erben, da ambedue i fianchi, alla pressione oppone vivacemente.

Tali sintomi dei nostri malati, guardando anche l'andamento della malattia, non possiamo spiegarli, soltanto coll'artropatia della colonna lombare. Alcuni disturbi e alterazioni obiettive come: dolore, mobilità limitata, cioè rigidità della colonna vertebrale, e le anormalità dei raggi X d'intensità minore (i maggiori son causati solo dall'artrite deformante), sono tali che cagionano anche le sunnominate malattie non artrogene della colonna vertebrale. È certo però che su questi malati non erano dei sintomi che dimostrassero una malattia speciale dei nervi, ma oltre dell'esame dei nervi, perfettamente negativo, l'andamento della malattia che dura per anni, per diecine di anni, e la remissione più o meno perfetta, menzionata già nella storia, e poi la cessazione degli incomodi, e dei sintomi dopo la cura, dal punto di vista della diagnosi differenziale, esclude le malattie organiche dei nervi, come le altre malattie delle vertebre. Il dolore radicolare irradiato che si constata qua e là, può esser considerato soltanto come un sintoma; il sintoma di Lasègue, e la debolezza del riflesso di Achille viene spiegato anche dal processo artritico che può irritare le radici dei nervi, uscite dai forami intervertebrali. I sintomi caratteristici della sciatica genuina non ho trovato in nessuno dei miei malati. Nei casi dove trovai insieme il sintoma di Lasègue, il dolore irradiato e la scoliosi, si può parlare tutto al più della « sciatica sintomatica ». Ma credo nella possibilità dell'esistenza contemporanea di tutt'e due i processi, come la loro affinità in base alle osservazioni di Ricca e Banchieri.

Devo però accennare, come lo farò anche quando tratterò delle deformazioni dei raggi, che le minori deformazioni radiologiche non sono in ogni caso conseguenza dell'artropatia primiera, ma possono essere le conseguenze di una sciatica radicolare, accompagnata con un processo meningitico cronico o coi disturbi della circolazione. Anche il risultato negativo del liquore parlava contro la malattia primiera del sistema nervoso, nei casi quando fu eseguita la puntura lombare. Peccato che la rigidità della colonna lombare e la frequente scoliosi renda difficile la punzione della colonna, o non porta il risultato.

Ma devo ripetutamente rilevare la necessità della visita dettagliata del sistema nervoso, e ogni tanto la ripetizione di quella nei casi acuti, perchè qualsiasi iniziale processo del sistema nervoso, ed in primo luogo il tumore della coda, può cagionare il gruppo dei sintomi conformi a quelli sopradescritti.

I nostri malati furono curati da altri medici contro il reumatismo dei muscoli, cioè contro il lumbago cronico. È probabile che molti malati somiglianti vengano curati allo stesso modo. Secondo la mia opinione non si può però ricondurre i sintomi descritti alla malattia primaria dei muscoli. Il reumatismo dei muscoli con gli stessi gravi sintomi che dura per molti anni, anzitutto per diecine di anni, non si constata in nessun luogo dell'organismo, e quindi sarebbe senza analogia.

Ma la malattia dei muscoli non potrebbe spiegarci i dolori radicolari, il sintoma di Lasègue e le deformazioni dei raggi X. Anche la malattia delle articolazioni dell'estremità — che si presentava più tardi — dimostra il carattere artritico della malattia di quel nostro malato (caso 2°), col quale avemmo le massime difficoltà diagnostiche. Devo riferirmi di nuovo a Erben e ai suoi motivi. Cassirer descrisse sotto il titolo « Rigidità miogena della colonna vertebrale » anche casi patologici, nei quali ha pensato a causa della sensibilità, della contrattura, ed a causa della eccitabilità aumentata dei muscoli che il portamento del corpo, uguale alla spondilose rhizomélique, e la rigidità sia da un'origine miogena, sia la conseguenza di una miopatia cronica reumatica. Anche Lommel accentua, come gli altri autori, che i sintomi anatomo-patologici e clinici, i quali dimostrano la miopatia, possono essere secondari, e questi casi non si possono separare da quelli d'origine artrogena.

In merito, guardando i sintomi soggettivi della malattia, il dolore ed in maggior parte la mobilità limitata sono gli incomodi principali dei sofferenti. Il luogo più costante, più frequente e più caratteristico dei dolori è il lombo, sebbene oltre i mali dei nervi e delle vertebre, molti altri casi patologici sono accompagnati con dolori lombari, per esempio i mali dei reni, l'abbassamento degli organi addominali, le malattie ginecologiche; sebbene tali malattie non siano accompagnate coi sintomi oggettivi, di quelli si tratterà. Il malato sente spesso il dolore nel lombo, e qualche volta lo sente più fortemente in un fianco; in maggior parte i dolori sono irradiati in tutt'e due le estremità inferiori, o in una sola. Uno dei nostri malati aveva oltre i dolori del lombo, dolori irradiati nella parte inferiore del ventre, e verso la sinfisi. Per tali motivi la malattia fu cercata nel ventre, e fu curata come malattia degli intestini. Il dolore diventa più forte nel cambiamento di posizione, nell'inchinarsi, e dopo i movimenti forzati. Nei casi meno gravi il dolore si presenta soltanto nei casi sunnominati, e migliora nel riposo. Un malato solo si lagnava dei dolori più forti nel riposo, nel muoversi però, camminando, si sentiva meglio. In questo caso il dolore era tanto forte che anche il riposo notturno era disturbato. Il dolore può durare dello stesso tipo per anni, o diecine d'anni, e questo fatto dimostra il carattere cronico della malattia, d'altra parte però dimostra che tali artropatie non si estendono sulle altre parti della colonna. Ma qualche volta il dolore è di carattere espressivamente intermittente, e si cambiano i periodi con incomodi più o meno forti. In qualche caso abbiamo visto che il dolore che si mostra periodicamente, più tardi diventa costante. Qualche volta però il dolore cessa spontaneamente, o dopo la cura contro l'artrite, e l'individuo diventa di nuovo abile al lavoro.

I sintomi obiettivi più importanti dell'artropatia cronica lombare sono i seguenti:

1) La sensibilità di pressione dei muscoli lombari che potrebbe esser un sintoma caratteristico del lumbago. Era specialmente espressiva dei malati 2 e 6;

2) La sensibilità delle vertebre alla pressione, rispettivamente al colpo. Era molto espressiva dei malati 1, 2, 4 e 6. Per dimostrare la sensibilità e l'origine vertebrale del dolore, più volte ho applicato il metodo di Erben che qualche volta cagionava forti dolori, anche quando la pressione e il colpo dei processi spinali non ha portato dolori;

3) La rigidità parziale o totale della colonna lombare. Ognuno dei nostri malati aveva più o meno fortemente tale sintoma nel pe-

riodo doloroso della malattia. In maggior parte l'inchinarsi in avanti ed in dietro è limitato, ma quasi sempre anche il movimento laterale, sebbene non tanto espressivamente. La mobilità delle vertebre lombari dei malati 5 e 7 era proporzionalmente buona, ma il moto attivo o passivo della colonna vertebrale portava dolori;

4) Scoliosi della colonna lombare. Quattro dei nostri malati avevano espressivamente la scoliosi ch'è rimasta anche nella remissione, ed in un caso come singola anormalità del malato guarito;

5) In alcuni casi dei nostri malati vedevamo il sintoma di Lasègue, del malato 7 solo in un fianco, di tre altre in tutt'e due i fianchi, sebbene in un caso il sintoma era più forte in un fianco, come nell'altro;

6) È molto caratteristico, sebbene constatato in pochi casi, la limitazione della lordosi lombare ordinaria (n. 8), o la mancanza di quella (n. 2). Erben ha fatto già attenzione a questo sintomo. Del malato n. 2 la colonna lombare era in una linea coll'osso sacro e colle vertebre dorsali inferiori;

7) È molto importante e inevitabile per la diagnosi la fotografia dei raggi che nei casi più stabili può dimostrare sulle vertebre le deformazioni caratteristiche dell'artrite deformante: le punte appuntate, fini ammucchiamenti periostali, o exostosi più grosse in forma di becco, di nastro sulle vertebre, e specialmente sulle punte. Nei casi più gravi troviamo le fessure più strette fra le vertebre, causate dalla lesione delle fette cartilaginose, e vediamo anche la deformazione più forte delle vertebre. In alcuni casi le exostosi più vaste delle vertebre vicine crescono insieme, e formano connessi ponti ossei. Le deformazioni sono uguali a quelle, le quali si trovano nella spondilartrite deformante generalizzata e nella rigidità della colonna vertebrale (forma di Bechterew). In questi casi però si trovano le deformazioni soltanto sulle vertebre lombari (più volte facevamo la fotografia di tutta la colonna vertebrale, o della maggior parte di quella). Anche i disturbi soggettivi e gli altri sintomi della malattia si limitavano sulle vertebre lombari, e soltanto eccezionalmente prendono parte nel processo le vertebre dorsali più inferiori e l'osso sacro (malati 4 e 2). Il nostro malato n. 3 aveva dolori nel ventre verso la parte sinistra, e dolori irradiati nella sinfisi, i quali dimostravano l'eccitazione dei nervi, i quali escono fra le vertebre dorsali inferiori. Su questo punto la fotografia non dimostrò nessuna deformazione delle vertebre dorsali; la partecipazione delle vertebre dorsali era più recente, e non ha condotto ancora ad alcuna alterazione dimostrabile.

Il risultato positivo dei raggi X non è assolutamente necessario per far la diagnosi della malattia. Anche le nostre osservazioni dimostrano che si può constatare la malattia soltanto quando i disturbi subbiettivi ed i sintomi clinici esistono già da tempo. Al malato 8 non fu constatata alcuna alterazione, sebbene i suoi sintomi sono uguali ai sintomi degli altri malati. Forse l'età giovane del malato influisce sui sintomi. Mi pare che in questa età l'organismo non è inclinato alle alterazioni reattive. Il caso del nostro malato 2 dimostra che l'escrescenza dell'osso comincia nel periodo più avanzato della malattia. Sulla prima fotografia non fu constatata nessuna deformazione, sebbene i disturbi durino da quattro anni, e soltanto sulla fotografia, fatta dopo un anno, erano visibili i sintomi della periostite ossificante. Sappiamo d'altra parte che qualche volta le exostosi vertebrali furono trovate dai malati più anziani (Malling, Czunft). Quelli non si lagnavano mai. In tali casi si tratta di un processo lentamente progrediente.

La grandezza delle deformazioni periostali non è in connesso colla gravità dello stato clinico, poichè tali deformazioni rimangono anche dopo la cura nella remissione spontanea, e nel caso di un miglioramento o guarigione.

Tali deformazioni radiologiche, se sono più fini, non sono specifiche, e non comprovano l'origine artropatica della malattia. Quando le deformazioni radiologiche sono proporzionalmente deboli, come nei casi negativi, soltanto l'intero stato clinico e l'esclusione di altre malattie dei nervi, possono dimostrare la certezza della diagnosi. Tali deformazioni vertebrali di minore intensità si fanno anche nei casi quando evidentemente non si tratta di una artropatia primaria. È sufficiente richiamare i casi i quali furono osservati da Sgalitzer e Yatrou. Anche Erdélyi osservava in alcuni casi dei malati sofferenti di tumore extramedullare, quando nell'altezza del tumore, o sulle vertebre che si trovano direttamente sotto il tumore, si trovavano ammucchiamenti periostali, ma sempre molto fini, precisamente come nei nostri casi. Erdélyi trova l'origine di questi ammucchiamenti nei disturbi della circolazione. Simili deformazioni vertebrali si possono trovare anche in altre malattie, come nella spondilite tubercolotica, sulle vertebre vicine a quelle malate, e si deve considerare come simili deformazioni anche quelle exostosi

che furono constatate nei malati di sciatica tipica, dagli autori Ricca e Banchieri.

Per poter trovare le deformazioni più fini, crediamo assolutamente necessaria la fotografia dei raggi X, fatta da alcuni fianchi. Questo metodo viene raccomandato anche da Erdélyi. La fotografia ventro-dorsale del malato n. 6 fu fatta due volte ed era sempre negativa, e soltanto su quella laterale erano visibili le deformazioni principianti.

Il risultato dei sopradetti è che esistono artropatie, ristrette sulla parte lombare della colonna vertebrale, le quali cagionano uno stato patologico caratteristico. Il riconoscimento di tali artropatie è molto importante per la diagnosi differenziale, rispettivamente per la cura. Casi patologici simili a quelli descritti si trovano, sebbene raramente, sulle altre parti della colonna dorsale. Il Bársony ha descritto simili casi. Egli trovò nelle malattie di neuralgia brachiale e occipitale, di omalgia, mialgia, reumatismo ecc. sulla fotografia delle vertebre del collo dei malati da esso curati, le deformazioni caratteristiche della osteoartropatia deformante. Da parte mia constatai anche in una donna malata delle deformazioni simili sulle vertebre del collo. Gli incomodi della malata erano, come era adeguato alle deformazioni, i dolori irradiati nella nuca e nelle spalle.

Devo accentuare che non credo unite l'etiologia e l'essenza del processo vertebrale ed osseo. Nei diversi casi si tratta certamente dell'artropatia di varia qualità « sui generis »; la localizzazione di questi casi definisce lo stato clinico, come la spondilite deformante, la quale si estende su tutta la colonna, e la spondilartrite anchilopoetica, può dimostrare un simile stato patologico. Il motivo cagionante non può essere constatato sempre con una certezza, neanche nelle malattie croniche delle articolazioni d'estremità. Le giunture cartilaginose delle vertebre non sono analoghe colle giunture delle articolazioni vere delle estremità. Possiamo accettare però la divisione che elenca le artriti croniche in tre gruppi principali, in base all'etiologia. I tre gruppi sono: le malattie di origine infettiva, le periartriti destruanti d'origine endocrina, e le osteoartropatie degenerative deformanti. Ci sembra molto verosimile che tutt'e tre le etiologie possano esistere separatamente, ma anche insieme, causando l'artropatia delle vertebre lombari. La maggior parte dei casi appartiene però ad ogni modo al terzo gruppo. Lo dimostra anche l'età più anziana dei malati, lo stato senza febbre e la configurazione delle deformazioni radiologiche; sebbene la fotografia dei raggi non ci dimostra sempre, perchè l'artrite cronica, di origine infettiva, dopo lungo tempo può cagionare le uguali deformazioni radiologiche come l'artrite degenerativa deformante. La malattia del malato 2 è certamente d'origine infettiva, aveva da mesi e mesi l'aumento della temperatura, cessato dopo la cura. Anche l'infiammazione delle articolazioni delle estremità che si presentava più tardi, era dello stesso carattere. Sembra che la malattia del malato 8 sia di origine infettiva, anche a causa dell'età; negli altri casi però il carattere degenerativo è più verosimile, da uno o dall'altro dei malati insieme alle alterazioni senili. Soltanto nel caso del malato 6 si può pensare ad una influenza endocrina. Questa malata cominciò a parlare dei disturbi nel periodo del climaterio, in questo caso però può esser importante anche la sacralizzazione della vertebra V.

Il trauma ha una parte importante nella osteoartropatia deformante, e non solo l'influenza di una maggiore forza meccanica, ma spesso anche i traumi recidivi di minore grado. La teoria di Rokitansky, tante volte citata, e confermata anche dai risultati dell'anatomia patologica, riduce a tale influenza l'artrite deformante della colonna. Secondo la sua opinione, le scosse meno forti, ma continuamente ripetute, cagionano la lesione primaria della cartilagine fra le vertebre, e con la diminuzione dell'elasticità di queste cartilagini si formano le reattive ossee deformazioni. Tali influenze meccaniche possono toccare più forte la parte lombare della colonna vertebrale, sulla quale è gravato il più grande peso. Con questo possiamo spiegarci come la malattia si localizza preferibilmente sulla parte lombare. La spondilite deformante è più frequente negli individui che fanno un forte lavoro fisico e che sono esposti all'influenza del trauma recidivo. Bisogna però contare sulla disposizione individuale, come anche nelle altre malattie di carattere degenerativo. Fra i nostri malati era un calzolaio, un meccanico, un impiegato commerciale, ma negli altri casi non si può dimostrare lo sforzo fisico. Il cambiamento delle relazioni statiche è considerato come trauma cronico, il quale fa spesso progredire i processi deformanti delle articolazioni.

È giusto che l'alterazione del nostro malato n. 3 può esser ridotta alla situazione statica anormale, ed alla influenza meccanica, cagionata dallo scorciamento dell'estremità, e dalla deviazione del bacino.

Non è però assolutamente senza speranza la cura di tali deformazioni localizzate, non come

nei casi dell'artropatia estesa su tutta la colonna vertebrale. Si nota soltanto un miglioramento momentaneo con i preparati di salicilato e con altre medicine interne, e con i bagni caldi ecc.; ma con la terapia eteroproteina, con le iniezioni d'atofanile, o di sulfo, e dopo la cura dei raggi X, abbiamo osservato quasi in tutti i casi remissioni, e anzitutto la cessazione dei disturbi subbiettivi.

RIASSUNTO.

L'A. fa il rilievo che nella colonna lombare si trovano proporzionalmente spesso le malattie localizzate croniche delle vertebre, e tratta dei sintomi clinici, e radiologici, fin'ora quasi sconosciuti della stessa malattia.

LETTERATURA.

BANCHIERI. *Sui rapporti tra ischialgie ed alterazioni della colonna lombare.* Policlinico, 1925, fasc. 32, pag. 250.

CASSIRER. *Sulla rigidità miogena delle vertebre.* Berl. Klin. Woch., 1902, n. 10, pag. 210.

T. BÁRSONY. *Dati per la riveduta delle malattie sciatiche e neuralgiche.* Gyógyászat, 1928, n. 9, pag. 202.

CZUNFT. *Sulla rigidità della colonna vertebrale.* Magyar Röntgen Közlöny, 1926, n. 1, pag. 8.

ERBEN. *Diagnosi della simulazione dei sintomi nervosi.* Berlin, 1912.

ERDÉLYI. *Alterazioni dei tumori estramidollari.* Orvosi Hetilap, 1924, n. 47.

LOMMEL. *Malattie dei muscoli, delle articolazioni e delle ossa.* Bergmann-Staehelin's Handbuch der inn. Med., 1926, vol. IV, parte I.

RICCA. *La spondilosi lombare.* Pathologica, 1921, nn. 304-306.

SIMMONDS. *Sulla spondilosi deformante e spondilite anchilotica.* Fortschr. d. Röntgenstr., 1903-4, vol. 7, pag. 51.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di diabete sifilitico.

Dott. ANDREA TOMASELLI,

doc. di Patologia medica nella Univ. di Catania

In questi ultimi anni particolare attenzione è stata rivolta al diabete sifilitico.

Per stabilire la diagnosi di diabete sifilitico si ritiene (1) necessaria: 1) la coesistenza di sifilide e diabete; 2) che il miglioramento del coefficiente di assimilazione idrocarbonata raggiunto col trattamento specifico sorpassi di molto quello che determina il regime per sè. Secondo Elmer e Kodzerski occorrerebbe anche un ritorno al tasso normale della glicemia e che l'iperglicemia provocata avesse un andamento fisiologico.

Il caso che io riferisco oppose in un primo momento notevoli difficoltà diagnostiche.

L'andamento curativo decisamente e rapidamente favorevole dimostra l'importanza pratica che ha la ricerca di una pregressa infezione sifilitica in diabetici giovani.

N. N., a. 41, da Catania, coniugato.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Afferma di non aver sofferto mai di alcuna malattia. Sposato da circa 9 anni. La moglie che gode ottima salute, ha avuto due gravidanze seguite da parti normali. Le due bambine nate a termine sono in buona salute. Mai aborti.

L'infermo si presenta alla mia osservazione in uno stato di notevole prostrazione morale perchè da qualche tempo soffre di impotenza virile.

All'esame fisico non si riscontrano alterazioni a carico dei varii sistemi organici. Dato tale reperto anamnestico ed obbiettivo negativo, pratico subito l'esame dell'orina nella quale riscontro glucosio nella proporzione di gr. 30 ‰. Assenza di corpi acetonici ed albumina.

La diagnosi generica di diabete è evidente e le alterazioni funzionali della sfera sessuale trovano una facile spiegazione.

Prescrivo una dieta strettamente antidiabetica e seguo l'andamento del glucosio nelle orine. Questo diminuisce notevolmente, scompare per qualche giorno, ma ben presto ricompare pur restando invariata la dieta.

I disturbi sessuali permangono invariati.

Tali sintomi persistono per qualche mese, tanto che mi accingevo ad iniziare una cura insulinica, quando un giorno l'ammalato avverte improvvisamente un leggero formicolio a tutta la metà sinistra del corpo. I familiari presenti notano una deformazione della faccia. Chiamato di urgenza a rivisitare l'infermo non riscontro alcuna traccia obbiettiva dell'episodio morboso.

Dispongo (non ostante il rinnovato diniego assoluto del malato di aver contratto malattie veneree) che sia praticata la R. Wassermann la quale risulta fortemente positiva.

Il malato, dopo il risultato di tale esame, con-

fessa finalmente (!) di aver contratto, poco più di 10 anni fa, un'ulcera diagnosticata per sifilitica e curata con circa 20 iniezioni di un sale insolubile di mercurio e che dopo di allora, ritenendosi guarito, non fece alcuna altra cura.

Pratico subito una cura di NEO per via endomuscolare raggiungendo la dose totale di gr. 3,50. Dopo le prime due iniezioni di gr. 0,10 e 0,15 scompare il glucosio dalle orine.

I disturbi funzionali sessuali sono completamente scomparsi quando è stata già raggiunta la dose di gr. 2,50 di NEO.

La cura arsenobenzolica è ormai sospesa da tre mesi e non è più ricomparso glucosio nelle orine mantenendo il regime ordinario di alimentazione.

Tracce di glucosio sono comparse qualche volta nelle orine solo quando il malato ha abusato di alimenti zuccherati.

Sarebbe stata desiderabile la determinazione del tasso glicemico e della glicemia provocata ma il malato avendo ottenuto in così breve tempo la scomparsa di tutti i disturbi non si è assoggettato a tali indagini da alcuni del resto giudicate eccessive (Rathery e Kourilsky) (2).

La presente osservazione clinica fissa l'attenzione del lettore sui seguenti fatti:

1) Necessità di indagini sierologiche a scopo diagnostico in glicosurici giovani potendo esistere sifilidi ignorate o celate.

2) Scarsa influenza del regime alimentare sulla glicosuria sifilitica perchè si attenua l'effetto senza colpire la causa morbosa.

3) Azione rapida e notevole della cura specifica arsenobenzolica sulla glicosuria e conseguentemente sui disturbi sessuali.

Catania, 28 maggio 1929.

RIASSUNTO.

L'A. pubblica un caso di diabete sifilitico accompagnato da disturbi sessuali guarito con la cura arsenobenzolica. L'A. richiama l'attenzione sulla importanza diagnostica e curativa della lue in diabetici.

BIBLIOGRAFIA.

(1) ELMER et KEDZERSKI. Annales de Médecine, 1929, n. 3, p. 332.
(2) RATHERY et KOURILSKY. Paris Médical, 1929, n. 18.

DALLA PRATICA CORRENTE.

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA
E STABILIMENTI RIUNITI DI FIRENZE.
(Pronto Soccorso).

Su un caso di avvelenamento da Nerium Oleander

per il dott. GIUSEPPE A. SCOTTI, assistente eff.

Poichè rarissimi sono nell'uomo gli avvelenamenti da Nerium Oleander (comunemente Oleandro, volgarmente Mazza di S. Giuseppe), frequenti peraltro negli animali, ho creduto opportuno riportare brevemente questo caso capitato alla mia osservazione, non soltanto come rarità (solamente un altro caso, a Firenze, è stato studiato dal prof. P. M. Niccolini (*Giornale di Clinica Medica*, fasc. XVIII, anno 1923) ma anche perchè può essere utile al medico pratico conoscere i sintomi, il decorso e la terapia di tale avvelenamento: dall'opportuna applicazione di quest'ultima dipende, oltre che da altri fattori di cui sarà detto, la prognosi dell'avvelenato.

L'Oleandro fa parte delle Apocinee; si distinguono due varietà: il Nerium oleander, il Nerium odoratum. Di ambedue sono ancora imperfettamente conosciuti i princìpi attivi (di natura per lo più glucosidica): fra quelli del Nerium oleander sono da ricordarsi: la oleandrina che si ricava dalla corteccia e dalle foglie, la neerina che si ricava ugualmente dalla corteccia e dalle foglie, la neriantina che si ricava dalle foglie, la pseudocurarina che si ricava dalla corteccia e dalle foglie. La droga era usata in passato nella medicina per l'azione terapeutica simile a quella della digitale, sotto forma d'infuso fino al 5 % o in estratto fino a 15 centigrammi pro-die. Nel volgo però si attribuivano (e si attribuiscono ancora oggi, ma molto meno) proprietà speciali alla droga: e cioè quelle emmenagoghe ed anche ecboliche: da qui l'uso che ancora da qualcuno ne vien fatto a scopo abortivo; più rari ancora sono i casi di suicidio o di omicidio.

Sperimentalmente i fatti clinici che si possono osservare sono: coliche gastro-intestinali con diarree profuse, tremori, midriasi, vertigini e disturbi a carico del muscolo cardiaco. Questi appunto sono i più importanti per noi, essendo i più gravi; si manifestano con rarefazione dei battiti seguita da un periodo di ineguaglianza per forma di contrazione e frequenza di pulsazione, finchè si può giungere all'arresto completo del battito. L'integrità quin-

di del cuore, precedente ai fatti morbosi che possono stabilirsi dopo l'avvelenamento, ha la sua importanza nei rispetti della prognosi.

Ciò premesso passo alla descrizione del caso.

G. F., a. 35, da Firenze. Anamnesi famigliare: negativa se si eccettua un'antica lue sofferta dal marito.

Anamnesi remota personale: a 3 anni e mezzo fu ferita da un proiettile all'O. D. per cui venne operata di enucleazione ma soltanto a 27 anni.

Nega lues o malattie veneree, come pure afferma di non aver mai sofferto di nessuna malattia infettiva, nè di affezioni cardiache.

L'ammalata ha avuto disturbi nella sua funzione mestruale; infatti la prima mestruazione fu bruscamente interrotta per applicazioni fredde agli organi genitali, le altre si sono poi sempre succedute con costante anticipo (4-6 giorni). Mai si sono avute gravidanze o aborti.

Circa 40 giorni prima che giungesse alla mia osservazione, durante il consueto flusso mestruale fu grandemente impressionata per il ripetersi di un incidente simile a quello che le provocò la perdita dell'occhio: la mestruazione fu interrotta e non ricomparve il sangue neppure oltre i limiti regolari di tempo. Seguendo allora il consiglio di alcune comari preparò per « purgarsi il sangue », un infuso di foglie di oleandro (circa 20 foglie in mezzo litro di acqua) bevendone quindi una tazza, freddo. A poca distanza dall'ingestione fu colta da violenti dolori gastrici e da vomito giallo-verdastro che la costrinsero a farsi condurre poco dopo (e anche ciò è importante agli effetti della terapia) al « Pronto Soccorso » di questo Ospedale (21-2-1929, mattina).

La paziente al momento del suo ricovero è profondamente depressa, accusa dolenzia spiccata all'epigastrio accentuantesi alla palpazione, ha conati di vomito e discreta salivazione giallastra (aveva preso soltanto, prima dell'ingestione dell'infuso, il caffè-latte). Appena i famigliari mi ebbero dichiarato la natura della sostanza ingerita, praticai immediatamente un'abbondante lavanda gastrica con soluzione di tannino all'1 % (circa 6 litri in più riprese) e iniezioni di canfora e caffeina. L'ammalata venne quindi trattenuta nel reparto tossicologico diretto dal prof. CORONEDI, con prognosi riservata.

Ad un accurato esame obbiettivo, subito dopo eseguito dallo scrivente, non si ebbe alcun reperto degno di menzione se si eccettuano i fatti di depressione e dolenzia ora detti.

Decorso: nella sera del 21 febbraio la paziente presenta un leggero stato subfebbrile (37°). I toni del cuore non sono netti specialmente sulla mitrale, l'area cardiaca è nei limiti di norma. Si ha una notevole bradicardia (60). Continua il vomito con i caratteri descritti. Alvo regolare. L'esame delle orine è negativo. Il 22 febbraio la paziente è tachicardica (100), forse in rapporto a un leggero stato influenzale di cui è probabilmente espressione la febbre (elevatasi a 38°,2). I toni del cuore presentano ancora lo stesso reperto; il quale però si può dire che non ha gli stessi identici caratteri nei successivi esami praticati a brevi intervalli. Persiste il vomito. Alvo regolare. Il 23 febbraio il polso si normalizza, la temperatura diminuisce per lisi. I toni cardiaci sono netti. Anche il vomito è quasi cessato. Il 24 febbraio la paziente si è completamente normalizzata. Wassermann e Meinicke negative. Il 25 febbraio essa è dimessa guarita.

Per quello che concerne la terapia praticata durante il suo ricovero esporrò brevemente i dati principali:

Sono state praticate iniezioni cardiotoniche frequenti (canfora e caffeina), per ragioni ovvie dopo quanto è stato detto sull'importanza dei principi attivi del Nerium oleander sul muscolo cardiaco. Inoltre per agire ancora sui principi tossici a complemento della lavanda gastrica: tannino polverato (fino a 1 gr. al giorno); oltre al tannino polv. si può dare carbone animale e acqua addolcita in proporzione di 1:5. A tali medicamenti qualcuno sostituisce la seguente formula: jodio polv. 1, joduro potassico 2, acqua 20: da prendersi a goccie (da 20 a 30 per dose) nelle 12 ore, per un giorno. Come antiemetico è stata usata la pozione di Riverio (soluz. A e B a cucchiaini); qualcuno usa con successo anche l'acqua cloroformica (50-80 gr. nelle 24 ore).

Come alimentazione: dieta lattea finchè vi fu il vomito.

Dal suddetto risulta che in primo tempo si sono manifestati sintomi tali da poterci far sospettare legittimamente l'inizio di una lesione cardiaca: la quale però e per l'integrità del muscolo verosimilmente completa per quanto si è potuto attingere dall'anamnesi e dall'esame obbiettivo praticato immediatamente dopo il ricovero, e per le cure che sono state potute applicare a brevissima distanza dall'ingestione dell'infuso, è stata in caso molto limitata e comunque passeggera per cui si è potuto avere la completa « restitutio ad integrum ».

L'esito quindi è stato assolutamente favorevole; ho rivisto dopo un mese l'ammalata la quale gode ottima salute; era però doveroso emettere una prognosi riservata sia per eventuali lesioni antiche o in atto a carico del cuore, sia perchè non si poteva essere assolutamente sicuri sull'esattezza della quantità d'infuso ingerito.

RIASSUNTO.

L'A. ha descritto un caso di avvelenamento da infuso di foglie di oleandro.

Esposta rapidamente la sintomatologia generale, si è particolarmente soffermato sul fatto che i principî attivi di tale pianta hanno la proprietà di danneggiare (se somministrati in dose eccessiva) il normale funzionamento del muscolo cardiaco (dalla brachicardia all'arresto completo delle contrazioni).

L'A. espone la terapia, fondata principalmente sul lavaggio dello stomaco con soluzione di tannino all'1 % e sulla somministrazione di cardio-cinetici per via ipodermica; quindi conclude di sorvegliare attentamente in questi casi l'apparato cardio-vascolare, dalla cui integrità, precedente all'avvelenamento, dipende, oltrechè dalla terapia appropriata e rapidamente istituita, la prognosi.

Firenze, 29 marzo 1929-VII.

COMMENTI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA R. UNIV. DI MILANO
diretta dal Prof. A. PASINI.

A proposito del meccanismo di azione della malariaterapia nella paralisi progressiva.

(Risposta alla lettera aperta rivoltami dal Prof. E. Medea).

Carissimo Medea,

Fu proprio per provocare un vostro giudizio e per sollevare eventuali discussioni con Voi che i Dermosifilografi, recentemente riuniti (9-11 maggio scorso) a Congresso in Milano, invitarono Te ed alcuni altri distintissimi Neuropsichiatri ad intervenire allo svolgimento della mia relazione sulla pireto-malariaterapia nella sifilide recente, ed a partecipare alla discussione che avrebbe sollevato. La Tua e la Vostra presenza furono graditissime e ci risultarono quanto mai opportune ad integrare le reciproche conoscenze in argomento. Ed era naturale che così fosse. Abbiamo particolare competenza della sifilide in due diversi periodi della sua evoluzione. Noi conosciamo particolarmente la prossima, Voi la lontana, e di questa quella importantissima che riflette il sistema nervoso; e poichè è in quest'ultimo che, per esperienza oramai decennale, risulta particolarmente efficace la malariaterapia, nessuno più e meglio di Voi poteva e può stabilire confronti e formulare giudizi su quanto noi andiamo osservando, da tempo minore, con lo stesso metodo di cura nella sifilide recente.

L'accordo è stato completo circa la necessità di sorvegliare ogni luetico, anche recente, sulla insorgenza di una eventuale sintomatologia nervosa, comprendendo in essa non solo un attento esame clinico e le varie reazioni biologiche del siero di sangue, ma altresì, ed ancor più, metodici e completi esami del liquido cefalo-rachidiano. Le indagini sul liquor hanno assunto oggidì nella sifilide del sistema nervoso una tale importanza, da costituire non più un metodo di ricerca complementare, quasi di lusso, ma da essere ritenuta un'indagine indispensabile e fondamentale a svelare eventuali processi iniziali e clinicamente ancora non esplosi, e da indurre, in casi di positività, ad istituire la più attenta sorveglianza clinica. Sono per altro d'accordo con Te che prima di ricorrere alla malarizzazione di un luetico il quale non presenti alcun fatto sintomatico a carico del sistema nervoso, occorra avere un reperto di liquor che per la sua importanza e gravità autorizzi *seriamente* ad istituire detta cura, e che prima della malarizzazione si debbano comunque esperire i consueti mezzi chemioterapici. Dal complesso delle osservazioni altrui e mie è emerso poi, in modo netto, che nella sifilide recente, la quale non abbia contemporanee e persistenti alterazioni del liquor, i preparati chemioterapici hanno azione molto più rapida, costante e sicura della malariaterapia.

Fin qui l'accordo. Contrasto di idee, per ora non sanabile, esiste fra me e Te — come tra la maggior parte dei ricercatori che si sono occupati di questo argomento — circa la interpretazione del meccanismo di azione della malariaterapia nella paralisi progressiva.

Dalla circostanza che in un numero notevole di paralitici i quali da moltissimi anni non praticavano cure specifiche hai ottenuto risultati ottimi con la malariaterapia in modo del tutto indipendente dalla somministrazione di preparati antiluetici, Tu vieni alla conclusione — che riconosco molto logica — che per essi non si possa invocare un'azione catalizzatrice della febbre malarica verso i medicamenti specifici, azione che io ammisi a commento dei risultati ottenuti in modo palese nella sifilide recente. Tu pensi che i miglioramenti si debbano piuttosto riferire « ad un « vero e proprio antagonismo tra il plasmodio « della malaria ed il treponema della sifilide, « ben inteso nelle speciali condizioni di vita « nelle quali esso si trova nel cervello dei « paralitici, e quindi non in quelle condizioni « che si verificano nelle manifestazioni della « sifilide recente, nella quale è facile vedere « persistere a lungo il treponema, ben poco « influenzato dagli accessi febbrili malarici ».

Se le considerazioni a proposito della paralisi progressiva bastano a negare per essa una azione catalizzatrice della malaria verso i medicamenti specifici e contro il treponema pallido insediato nel parenchima nervoso — azione che risulta invece molto evidente di fronte al treponema pallido seguìto giorno per giorno, con preparazioni al paraboloide, nelle manifestazioni della sifilide recente, in contrasto con la indifferenza degli accessi febbrili malarici scatenati da soli e senza contemporanea chemioterapia — non mi sembrano sufficenti a convalidare quell'antagonismo tra plasmodio e treponema che Tu prospetti.

Una prima considerazione contraria, e che per altro Tu stesso non ti celi, sta nei risultati clinici che la malariaterapia raggiunge nella demenza precoce, anche là dove è da escludere l'infezione luetica e quindi il treponema.

Un'altra considerazione, di importanza anche maggiore, risiede nei risultati favorevoli, punto rari, che la piretoterapia, indipendente da malaria, ha indotto nella paralisi progressiva. Non si può dimenticare che fu appunto dai risultati promettenti ricavati da accessi febbrili sopravvenuti spontaneamente in diverse malattie febbrili o provocati dall'impiego della tubercolina, del vaccino tifico, da iniezioni di streptococchi e di stafilococchi uccisi, di nucleinato di soda, di latte, di albumose, di peptoni, di sieri eterogenei ecc. e da ultimo della febbre ricorrente, che Wagner-Jauregg fu indotto a usare la malaria, considerando questa come il mezzo più opportuno a determinare piressie molto violenti e ad un tempo facili ad ottenersi, rinnovantesi a beneplacito del medico, e docili ad una interruzione. Restano classici gli 8 casi di paralisi progressiva di Wagner-Jauregg, curati fin dal 1909 con piressie tubercoliniche, e che ancora nel 1925 erano in ottime condizioni. Per tutti questi casi non si saprebbe invocare un antagonismo interparassitario.

Tu potresti obbiettarmi che fra treponema pallido insediato nella pelle o nelle mucose della sifilide recente, e dimostratosi anche dalle mie osservazioni poco o punto influenzabile dalla piressia malarica impiegata da sola, e treponema insediato nel parenchima nervoso, possono intercorrere differenze di sensibilità e ben anco di ceppo.

Quanto a variazioni nella sensibilità, recenti osservazioni di Bergel sulla biologia del treponema pallido avrebbero dimostrato, che la attaccabilità del parassita per parte degli elementi terapeutici è legata alla esistenza di una membrana lipoidica che riveste il corpo del parassita nei periodi iniziali dell'infezione, e che scompare in seguito; donde la probabilità di riuscita della cura abortiva fin tanto che la infezione trovasi ai suoi primordi. Particolare sensibilità verso azioni treponemicide, se è lecito comparare la terapia chimica con la malarica, esisterebbero quindi più a favore della sifilide recente che dell'antica.

Quanto ad una differenza di ceppo fra il treponema delle lesioni cutanee e quello delle lesioni nervose, e ad ammettere la esistenza di due varietà treponemiche, dermotropa l'una neurotropa l'altra, a diverso comportamento verso i preparati chemioterapici e la malaria, è ben lungi dall'essere ammissibile.

La dualità del virus sifilitico sostenuta da Levaditi e da A. Marie (1919 e 1923) sulla base specialmente di argomentazioni cliniche, urta contro le ricerche sperimentali di Noguchi, di Nichols e Hough, di Berger e di Wile, che con sostanza cerebrale di paralitici progressivi ottennero attecchimento della sifilide nel testicolo e nella pelle scrotale di conigli; di Arzt e Kerl, di Frühwald, di Zaloziecki che giunsero agli stessi risultati col liquido cefalorachidiano di paralitici, sopratutto in casi di concomitanza con la tabe dorsale. E come interpretare i casi non infrequenti, tre di essi pubblicati anche in questi giorni da Marinesco, di esistenza contemporanea di lesioni neurotrope e di manifestazioni dermotrope nei quali, secondo la teoria dualistica, si dovrebbe ammettere ad un tempo la presenza di due virus? Non si deve dimenticare che la sifilide è una infezione che può colpire ogni parte dell'organismo, ma che, per circostanze non apprezzabili, si localizza ora nell'una ora nell'altra parte dell'economia, ad esclusione quasi delle altre. Come si ammette una varietà di virus neurotropo per la localizzazione al parenchima nervoso, si dovrebbe alla medesima stregua ammettere altrettante varietà di virus per le localizzazioni frequenti al cuore ed all'aorta, al fegato, ecc.

Per altro, ritornando al particolare dell'attività terapeutica, gli stessi Levaditi ed A. Marie, i propugnatori della teoria dualistica, hanno trovato e coscienziosamente comunicato, che il virus dei paralitici generali inoculato ai conigli è sensibile ai medicamenti antisifilitici quanto il virus che essi considerano come dermotropo.

Ora, se la piressia malarica, per sè sola, è così scarsamente attiva verso il treponema pallido insediato nella pelle, come ammettere una distruzione per antagonismo interparassitario, proprio solo quando lo stesso parassita è localizzato nel parenchima nervoso?

Queste, caro Medea, le considerazioni per le quali mi sembra poco probabile un antagonismo diretto fra plasmodio malarico e treponema pallido. Io avanzai la ipotesi di un'azione catalizzatrice della pireto- e malariaterapia verso i comuni medicamenti antiluetici, per la azione risolvente oltremodo spiccata verso le manifestazioni della sifilide recente che vidi susseguire, in guisa immediata, ad ogni piressia scatenata lungo il corso di cure specifiche arsenobenzolico-mercuriali, od arsenobenzolico-bismutiche. Penso che un simile orientamento di idee abbiate anche Voi neuropsichiatri, che associate di regola nella paralisi progressiva le comuni cure specifiche alle piressie malariche. Per altro la mia vuole essere una semplice constatazione di fatto, che vedo per la sifilide recente condivisa da altri autori, più che una spiegazione di meccanismo d'azione. Il quale ultimo, trova forse, come Tu stesso

scrivi nella lettera rivoltami, spiegazione più plausibile in un'azione e reazione dell'organismo infetto e in condizioni di ambiente per la vita del treponema nel parenchima nervoso.

Una simile reazione potrebbe dipendere, come discutono Kirschbaum e Plaut, da una aumentata azione di difesa dell'organismo riferibile: o ad una reazione prodottasi nei focolai specifici con messa in circolo di anticorpi, o ad un aumento del potere treponemicida dei leucociti e degli umori organici dei malati, o ad una accentuazione del ricambio cellulare o ad un'azione stimolante simile a quello della proteinoterapia aspecifica. Fu anche prospettata la possibilità di una leucocitosi sanguigna provocata dalla infezione sperimentale, e che produrrebbe una vera fagocitosi di treponemi.

Una ipotesi che va guadagnando terreno è ancora quella di Wagner-Jauregg, che annovera tra i fattori principali dell'azione della malaria nella paralisi progressiva la reazione locale che avviene nei focolai cerebrali, con accentuazione dei fatti flogistici, e che imprimerebbe al lento processo anatomo-patologico della paralisi progressiva uno stimolo a regredire. In favore di questa ipotesi si è pronunciato recentemente anche Artom, che esaminando il liquor nell'acme dei rialzi termici in tabetici malarizzati, trovò segni di una reazione meningea assai intensa. Queste osservazioni appoggerebbero l'ipotesi di una terapia da *choc*, e riporterebbero l'azione terapeutica ad una reazione provocatasi nei focolai morbosi, che darebbe anche spiegazione delle esacerbazioni parziali e transitorie sintomatologiche, che pireto- e malariaterapia provocano sovente nella paralisi progressiva e nella tabe dorsale.

Ma al di là di queste reazioni vi possono essere nel parenchima nervoso modificazioni particolari che favoriscono l'insediamento, l'attecchimento e la persistenza del treponema. Può intervenire il fattore costituzionale, il *terrain* dei Francesi, già riassunto in passato con l'abusata denominazione di *locus minoris resistentiae*.

Marinesco si è recentemente occupato dell'argomento. Egli fa rilevare che secondo le statistiche di E. Friedmann, gli schemi di Kretschmer e le tavole di Martin e Breitmann il 79,2 % dei malati di paralisi progressiva è dato dal tipo picnico-atletico (dispastico), e da individui nei quali il sistema vegetativo prevale sul sistema animale. Egli ha inoltre studiato con Oscar Sage, sopra 50 casi di metasifilide per la maggior parte paralitici, il comportamento del pH nel liquido cefalo-rachidiano; ha trovato che nei malati affetti della malattia di Byle il pH ha una tendenza spiccata verso l'alcalosi e che esiste una relazione quasi costante fra gravità delle lesioni ed alcalosi del liquido cefalo-rachidiano. In casi di paralisi progressiva grave con demenza egli vide il pH salire fino a 7,59; nelle forme incipienti con leggeri disturbi della memoria trovò il pH quasi normale. La cura specifica, la pireto- e sopratutto la malariaterapia tendono a fare discendere il pH verso l'acidosi. È pertanto possibile che le modificazioni umorali che sopravvengono nel cervello dopo la malaria, con abbassamento del pH, costituiscono un ambiente sfavorevole alla vitalità del treponema, e che siano così aumentati i poteri di difesa dell'organismo. Marinesco giunse a questo giudizio da ricerche eseguite con Grigoresco mediante il metodo potenziometrico. Avendo sperimentato la vitalità del treponema pallido nel liquido di Ringer con un pH determinato, Marinesco e Grigoresco trovarono che, con un pH eguale a 7,20, i treponemi conservano la mobilità da 1/4 d'ora a 2 ore; con un pH eguale a 7,60 resistono fino a 72 ore. Sperimentando con liquido cefalo-rachidiano di individui normali e comparativamente con altro di 6 individui affetti da paralisi progressiva osservarono, che il treponema pallido nel liquor normale conserva la mobilità per 2-4 ore, mentre nel liquor dei paralitici vive molto più a lungo, in un caso fino a 14 giorni.

Se queste osservazioni troveranno unanime conferma, si dovrà dedurre che il grado di concentrazione in joni H della corteccia cerebrale costituisce una condizione predisponente o meno per il costituirsi della paralisi progressiva, e si avrà una nuova prova e di grande importanza del significato che il fattore costituzionale, l'ambiente di sviluppo per il parassita, possiede tanto nel predisporre alla invasione della corteccia cerebrale per parte del treponema, che nel mantenerlo in vita o combatterlo una volta insediatovisi.

In mezzo a tante osservazioni che si susseguono, ad ipotesi, deduzioni e teorie che ne derivano, torna ora difficile orientarsi per una spiegazione sicura circa il meccanismo di azione della pireto- e malariaterapia. Ti confesso, caro Medea, di non sapere rinunciare, per le numerose constatazioni personali rispetto alla sifilide recente, al concetto di un'azione catalizzatrice della pireto- e malariaterapia verso i medicamenti specifici chimici, ma riconosco che si deve tenere un gran conto della reazione locale dei focolai flogistici nel parenchima nervoso e delle concomitanti modificazioni umorali, delle quali le variazioni del pH e l'alca-

losi del liquor potrebbero essere fra le più importanti. È probabile che non uno, ma diversi fattori concorrano a determinare i benefici che clinicamente si constatano con l'impiego della malariaterapia nella sifilide nervosa. In mezzo a tanto fervore di ricerche la soluzione del problema può essere vicina.

Chiudo la troppo prolissa risposta alla tua lettera del 6 giugno scorso, ben lieto che Tu mi abbia dato la opportunità di ritornare sull'argomento e di svolgere, ad armi scientifiche, un cortese ed utile dibattito. Caramente salutandoti

Tuo affezionatissimo
A. PASINI.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Encefalite vaccinica.

(A. NETTER. *Gazette des hôp.*, 13 luglio 1929).

La quistione dell'encefalite consecutiva alla vaccinazione antivaiuolosa è stata oggetto di un'inchiesta da parte dell'Ufficio internazionale d'igiene e di una commissione incaricata nel 1928 dalla Società delle Nazioni.

Si accertò che dal 1923 al 1927 nell'Olanda se ne verificarono 139 casi con 41 decessi, in Inghilterra 87 casi con 41 decessi, in Francia 21 casi, in Italia 26, in Germania 91, in Austria se ne ebbero numerosi casi essendone stati constatati in tutti gli ospedali per ragazzi di Vienna.

I paesi nei quali si sono avuti più casi sono l'Olanda, l'Inghilterra e la Germania.

In genere la malattia scoppia dopo 7-13 giorni dell'innesto, quando cioè l'infezione vaccinica si generalizza.

Bastianse nel 1925 notò che casi di encefalite postvaccinica si verificarono in località nelle quali infieriva l'encefalite epidemica, pur avendo rilevato le grandi differenze cliniche e anatomo-patologiche esistenti tra le due affezioni.

In Inghilterra non si è osservata alcuna coincidenza topografica tra le due encefaliti.

Per eliminare definitivamente l'idea di riferire le encefaliti postvacciniche all'encefalite epidemica, basta notare che prima del 1923 sono stati pubblicati parecchi casi di encefalite in ragazzi recentemente vaccinati.

Pierre Marie e Jendrassik nel 1885 pubblicarono l'osservazione d'una emiplegia infantile da encefalite comparsa dopo la vaccinazione in un bambino di 9 mesi, e segnalarono in tale occasione un'analoga osservazione di Heine pubblicata nel suo libro sulla paralisi infantile.

Si può quindi scartare l'idea della contaminazione del vaccino: in effetti parecchi esami dei vaccini utilizzati ne hanno stabilito l'assoluta purezza, ma i vaccini stessi avevano origini diversissime e provenivano dai migliori stabilimenti di tutti i paesi.

Avendo i medici spagnuoli asserito che nel loro paese non si era verificato alcun caso di encefalite postvaccinica perchè ivi si adopera solo neurovaccino, in Olanda si è ricorso allo stesso modo, ma si sono avute anche forme encefalitiche.

È da aggiungere che il vaccino incriminato è stato impiegato lo stesso giorno dallo stesso vaccinatore in centinaia di ragazzi senza provocare alcun incidente.

L'encefalite è dovuta all'azione sul cervello del virus vaccinico o questo agisce indirettamente favorendo l'azione di un altro virus presente nel vaccinato?

Nel primo caso non si tratta di encefalite postvaccinica, ma di encefalite vaccinica.

Marie, e dopo di lui Levaditi ed i suoi collaboratori, hanno stabilito la possibilità di provocare nel coniglio un'encefalite vaccinica, anche senza introdurre direttamente il vaccino nel cervello e senza passaggio attraverso il testicolo.

Questo punto di vista, controllato anche da altri autori, non è stato accettato dai medici olandesi, dalla Commissione inglese e dalla Commissione della Società delle Nazioni. Tuttavia MacIntosh ha constatato, mediante inoculazione ai conigli di sostanza cerebrale, la presenza di virus vaccinico nei centri nervosi di due individui morti nel 1923 per encefalite vaccinica. Le lesioni cutanee dei primi conigli non presentavano nulla di caratteristico essendo limitate al rossore e gonfiore seguìto da croste, ma partendo da queste croste con passaggi successivi si arrivava alla tredicesima serie a papule seguìte da vescicole tipiche. Ed infine l'inoculazione del siero di queste vescicole consentì di affermare che si trattava di vero e proprio vaccino jenneriano, conferente l'immunità verso ulteriori vaccinazioni.

Questi risultati sono stati confermati da Blaxall su due altri casi sezionati nel 1927 a Sheffield ed Halifax.

Gli insuccessi ottenuti da altri autori non infirmano l'importanza di questi esperimenti, tanto più che i risultati negativi possono spiegarsi con la scomparsa rapida del virus nell'encefalo per quella autosterilizzazione di difesa che rende conto, secondo Levaditi, della rarità delle inoculazioni positive nell'encefalite epidemica e nella poliomielite.

È notevole l'osservazione di Fracassi e Recalde Cuestas che nel 1928 constatarono al quattordicesimo giorno la comparsa d'un'eruzione vaccinica sulle coscie d'un bambino che contemporaneamente presentava sintomi d'encefalite, mentre nelle sorelle, vaccinate insieme allo stesso bambino, l'innesto dette risultato normale. In tal caso l'eruzione generaliz-

zata provoca un'infezione vaccinica generale contemporanea all'encefalite.

Non è dubbio che l'encefalite vaccinica è dovuta ad una peculiare suscettibilità del sistema nervoso, ma non si può escludere che vi concorra una particolare attività del pus vaccinico.

Occorrerebbe quindi ottenere un vaccino stabile ed energico e contentarsi sempre d'un solo innesto di dimensioni ridotte.

Purtroppo allo stato dei fatti non c'è altro da raccomandare.

Certo la rarità dell'encefalite messa a confronto degli immensi vantaggi che la vaccinazione ha dato all'umanità non può mai consigliare la rinunzia a tal mezzo di profilassi.

DR.

Diagnosi e cura del parkinsonismo postencefalitico.

(F. L. PATRY. *Journal Nervous and Mental Disease*, giugno 1929).

L'encefalite epidemica può risolvere con la guarigione, la morte o con un complesso di sintomi nervosi analogo al morbo di Parkinson. Questa ultima conseguenza si ha sopratutto negli adulti, meno frequentemente nei bambini e negli adolescenti, nei quali si hanno postumi prevalentemente nella sfera psichica, caratterizzati da uno stato di eccitazione, d'instabilità e di condotta anomala o criminale.

Il carattere peculiare dei postumi postencefalitici sembra dovuto al fatto che la malattia sopravviene durante il periodo dello sviluppo, e quindi prima che si siano consolidate le vie associative tra i centri superiori e quelli più bassi autonomi, sui quali i primi esercitano normalmente una funzione di controllo e di arresto.

La sindrome parkinsoniana, che è il postumo più frequente negli adulti, può manifestarsi immediatamente dopo lo stato acuto o sopravvenire dopo mesi ed anni dalla cessazione dell'encefalite.

Talvolta la fase acuta è così lieve che sfugge all'attenzione del paziente, per modo che sembra che la sindrome parkinsoniana sia per sè stante. Un'indagine accurata, però, farà in ogni caso assodare l'esistenza di una fase encefalitica acuta sia pure in forma molto attenuata o larvata.

Si sono stabilite analogie tra il decorso di questa malattia e la sifilide. Anche in questa la fase iniziale acuta può essere o non essere ricordata. Prima che si stabilisca il quadro parkinsoniano possono aversi brevi periodi di letargia, incapacità al lavoro ed alla concentrazione, esauribilità fisica e mentale, o irritabilità. Questi disordini possono avere una durata anche di alcune ore soltanto, e non lasciare per il momento alcuna traccia. Queste ondate o esacerbazioni sono molto caratteristiche prima che si abbia il parkinsonismo definito e persistente, il quale può essere comparato con il periodo terziario della sifilide. L'analogia però non sussiste quando si consideri il genere delle lesioni delle due affezioni.

L'aggravamento progressivo della sindrome parkinsoniana non è dovuto alla persistente attività della tossina originaria, ma all'irradiazione aberrante ed alle tendenze sovvertitrici nel sistema propriocettivo scarsamente adattabile, fatti che sono determinati dalla distruzione di qualche parte vitale avvenuta nella prima fase dell'encefalite.

Come in altre affezioni nervose anche nel parkinsonismo postencefalitico ai fatti organici si sovrappongono disturbi funzionali, e sopratutto su questi la terapia può vantare qualche successo.

Il sintoma prevalente è l'ipertono dei muscoli scheletrici. Uno dei segni più precoci consiste nella lentezza dei movimenti che prima si compivano con sveltezza. Si ha inoltre una notevole varietà di disturbi visivi e somatici, tremori di varie specie, anche a tipo atetosico e coreico, iperidrosi, alterazione del metabolismo dello zucchero, tics, spasmi di torsione, blefarismo, disordini respiratorî, mioclono, riduzione dell'energia, letargia o insonnia.

I primi segni sono più manifesti nelle parti superiori del corpo; faccia grossa, espressione immobile, sguardo fisso, bocca semiaperta, ristagno di saliva tra i denti ed il labbro inferiore. Non mancano lievi disturbi piramidali: paralisi spastiche ed atrofie muscolari. Tutti i movimenti involontari scompaiono nel sonno. Il mioclono può essere accompagnato o seguìto da dolori ed iperestesia cutanea a tipo segmentario. Sono stati notati disordini endocrini: adiposità, amenorrea, ipertiroidismo, diabete insipido, glicosuria. La testa è sempre rigida e c'è una riduzione dell'ondulazione del braccio durante il cammino.

La rima palpebrale può essere dilatata o ristretta, l'ammiccamento è frequente insieme ad un lieve tremore nei movimenti delle palpebre. Meno comuni nella fase acuta sono la diplopia, lo strabismo, il nistagmo, ma difficilmente mancano nei movimenti oculari e pupillari. Le paralisi oculari sono di origine sopranucleare e consistono in difetto dei movimenti coniugati, specialmente di convergenza. Talora si osserva spasmo intermittente dell'elevatore degli occhi. Le pupille sono spesso disuguali e torpide alla luce ed all'accomodazione. Il riflesso nasopalpebrale è sempre presente.

Sono presso che costanti la micrografia (scrittura piccola specie alla fine della linea), la rigidità, la bradikinesia, l'allungamento del riflesso di posizione.

Tutti i disturbi sono accentuati dalla stanchezza e dai patemi, e si stabilisce così un circolo vizioso: i disordini neuromuscolari stancano il soggetto e inducono uno stato di

malessere e di depressione, fatti che a loro volta aggravano i primi. Dal punto di vista mentale si possono avere deficienze morali, alterazioni del tono sentimentale, disordini sensoriali. Prevale la sindrome astenica caratterizzata da senso di debolezza e di stanchezza fisica e mentale, affievolimento di ogni desiderio e di capacità di sforzi. Il paziente appare stanco, apatico, ed i suoi movimenti ed il suo linguaggio sono lenti e senza vita. Aumentando la debolezza deve starsene continuamente a letto o su di una sedia. Può dormire bene, essere letargico o insonne.

Le analisi chimiche, microscopiche e biologiche non dànno un reperto specifico per il parkinsonismo postencefalitico, ma sono utili a scopo diagnostico per la esclusione di altre malattie. C'è spesso aumento di zucchero nel sangue e nel liquor, aumento in questo di mononucleari.

Quando è bene sviluppato il parkinsonismo è facilmente riconoscibile, ma nelle forme incipienti o atipiche conviene tener presente la possibilità di confusione con la paralisi agitante, affezioni cerebrali a focolaio, con la miastenia gravis, la sclerosi a placche, le varie forme di meningiti, la poliomielite e la polioencefalite, la corea, i tumori endocranici, gli ascessi cerebrali e cerebellari, le infezioni acute accompagnate da meningismo, le forme vestibolari o labirintiche dell'encefalite letargica, l'appendicite, l'uremia, l'arteriosclerosi cerebrale, la paralisi bulbare, la neurastenia, l'isteria, la psicastenia, la psicosi maniaco-depressiva, la demenza precoce, gli stati deficitarî, la criminalità.

Sono interessanti le differenze con la paralisi agitante. Nel parkinsonismo non si ha quasi mai quel tipo di faccia a maschera caratteristica del morbo di Parkinson. Il tremore raramente è il fatto predominante, si ha solo nei movimenti attivi e nel mantenere attivamente una posizione. Nella paralisi agitante non si ha scialorrea. Nel parkinsonismo si hanno spesso crisi di pianto, grida e mioclono che mancano nel Parkinson. Questo di solito si manifesta in individui con più di 40 anni, mentre il parkinsonismo è malattia di tutte le età.

Nelle lesioni cerebrali vasali i disturbi paralitici e pupillari sono unilaterali e c'è coma, dal quale il paziente non può essere svegliato, mentre lo può essere anche dal sonno più profondo dell'encefalite.

La sclerosi a placche è caratterizzata dall'assenza dei riflessi addominali, dal nistagmo, dalle paralisi spastiche, dal clono del piede, dal Babinski, dal pallore della papilla, fatti che mancano nel parkinsonismo.

Dalle varie meningiti il parkinsonismo si distingue mediante l'esame del liquor.

Il quadro sintomatologico della poliomielite è dominato dalle paralisi flaccide, che mancano nel parkinsonismo.

La mortalità nella fase acuta dell'encefalite epidemica raggiunge il 20-30 % dei casi, il 25 % guarisce praticamente del tutto, il 50 % guarisce con postumi, e di questi una buona metà presenta sintomi di parkinsonismo.

La cura è schiettamente sintomatica. Il bromidrato di ioscina per via orale o sottocutanea si è dimostrato il miglior rimedio. Si somministra alla dose di cinque milligrammi aumentando fino a venti milligrammi nei limiti della tolleranza. In tale dose la ioscina può essere data per anni. Essa procura un notevole miglioramento fisico e psichico. Riduce o fa scomparire i disturbi sensoriali. Migliora l'andatura e la parola, i tremori diventano meno intensi, lo sguardo più espressivo, i movimenti diventano più vivaci, si avvantaggia lo stato generale, lo stato sentimentale si solleva, l'individuo diventa più attivo.

Gli eventuali disturbi dati dalla ioscina (disordini visivi, secchezza della bocca) possono essere corretti con la somministrazione di pilocarpina.

La cura può essere integrata con le irradiazioni generali di raggi ultravioletti, gli esercizi fisici, il trattamento di eventuali focolai infettivi dentari, nasali, faringei, auricolari, la psicoterapia, tonici generali, sedativi ed ipnotici (luminal).

Rimangono per lo più inefficaci tutti gli altri metodi di cura tentati finora: iodio, belladonna, triparsamide, argotropina, stramonio, bismuto, arsenico, urotropina, malariaterapia, bagni caldi, massaggi, elettricità, iniezione endocranica di siero di convalescente, paratiroidi, vaccino polivalente autogeno di germi intestinali e nasali.

DR.

Un complesso sintomatico degli individui stigmatizzati nel sistema vegetativo.

(K. SCHUBERT. *Wiener klin. Wochenschrift*, 25 aprile 1929).

Nello studio della neurosi del sistema vegetativo, si può rilevare che vi sono complessi sintomatici rari, mentre altri si osservano con una certa frequenza. L'A. richiama l'attenzione sopra un complesso costituito dalla costipazione, dismenorrea e anidrosi, che egli ha osservato frequentemente in pazienti le quali ricercavano l'opera medica per ragioni diverse. Il complesso sintomatico deve essere completo e non sono da considerare le forme fruste, in quanto che la presenza isolata di uno solo degli accennati sintomi è tanto frequente, che non vi si può attribuire importanza alcuna.

Come esempio tipico, l'A. cita il caso di una insegnante di 35 anni, coniugata, che ricorre al medico per un raffreddore, con leggera febbre e raucedine, che la disturba assai nella sua professione. Il padre della paziente

soffre di costipazione; null'altro nell'anamnesi familiare. La paziente ha intestino torpido sino dalla fanciullezza ed attribuisce tale disturbo al fatto che, da bambina nelle scuole da essa frequentate, era severamente proibito di recarsi alla latrina durante l'insegnamento. La mestruazione, fin dal principio, è sempre stata connessa con disturbi tali che la paziente è incapace di lavorare e si sente molto male. Nulla di notevole all'esame obbiettivo, salvo i segni di una tracheo-bronchite. La paziente informa però che essa, al principio dell'attuale indisposizione, aveva preso dell'aspirina, ma, *secondo il solito*, senza poter sudare.

L'osservazione indica il triplice complesso della costipazione, dismenorrea, anidrosi. Rimane ora a decidere se, in realtà, le pazienti con tale complesso siano realmente delle stigmatizzate nel sistema vegetativo.

Nei casi dell'A., le prove meccaniche consuete (pressione dei bulbi oculari, pressione del vago, aritmia respiratoria) non hanno dato risultati concordanti; soltanto era costante la aritmia respiratoria. Alle prove farmacodinamiche, le pazienti si rifiutarono, mentre le prove psicodinamiche diedero come risultato che una paziente apparteneva al tipo B ed altre due a quello T. In complesso però, in tutte queste prove, si ha sempre una grande irregolarità, il che dimostra che nelle neurosi vegetative non si ha nessuna dominante del sistema simpatico o parasimpatico, ma si tratta invece di una disfunzione di entrambi i sistemi.

Nello studio dei singoli sintomi, l'A. rivolge anzitutto l'attenzione alla costipazione e riporta, fra l'altro, il caso di una paziente in cui si avevano, al massimo, due scariche settimanali accompagnate da dolori all'ano; la anamnesi fece sapere che la paziente aveva sofferto tempo addietro di una ragade anale, di cui però al momento dell'esame non si avevano tracce. Con una cauta suggestione e con adatte spiegazioni, si potè ottenere che la paziente avesse il beneficio corporale ogni 2-3 giorni e senza dolori. Questo ed altri casi citati dimostrano che si devono ritenere come individui stigmatizzati nel sistema vegetativo quelli che, a stimoli psichici, rispondono con errate reazioni del corpo. Così nelle due pazienti, di cui qui abbiamo riportato sommariamente la storia, non esistevano più da molti anni, nè la proibizione della scuola, nè la ragade anale, che però continuavano nei loro effetti sul corpo.

Anche nella dismenorrea, noi troviamo una riprova che negli stigmatizzati del sistema vegetativo si ha una disfunzione del corpo in seguito a stimoli psichici. È un fatto che i disturbi mestruali possono aversi in conseguenza di diversi stati patologici su base anatomica. Ma l'apprezzamento dei disturbi subbiettivi varia entro limiti molto ampi e l'osservazione corrente dimostra che vi sono molte donne con genitali del tutto normali, le quali sono costrette a passare in letto i giorni dei mestrui.

Per quanto riguarda la secrezione sudorifera, nessuna delle pazienti osservate aveva una malattia che potesse spiegare la mancanza del sudore, come il diabete mellito, i disturbi di nutrizione della cute che si osservano nella demenza paralitica, a tacere della cachessia cancerigna o della degenerazione dei gangli motori delle corna anteriori.

La mancanza del sudore era estesa a tutto il corpo, comprese le estremità, sicchè si doveva trattare di un disturbo generale del sistema vegetativo e non già di una disfunzione locale dei centri o delle vie vegetative.

Non è agevole, in questi casi, comprendere come possa agire lo stimolo psichico, che può invece essere attivo nella costipazione e nella dismenorrea; a tale proposito, sono note le osservazioni che, anche in popolazioni selvagge o barbare, la defecazione e la mestruazione sono considerate come immonde e che quindi tale concetto può agire nel senso di un'inibizione. E la sudorazione potrebbe essere inibita per analoghi motivi, offendendo il senso estetico.

In complesso, nei sintomi accennati di neurosi vegetativa noi troviamo un fattore comune, cioè il tentativo incosciente di evitare quello che non corrisponde al proprio stile di vita. Tutto quanto viene ritenuto o sentito come incomodo, doloroso od inestetico, viene negato e viene considerato come abnorme e morboso, fino a che il corpo cede a questi continuati attacchi contro le sue manifestazioni fisiologiche e finisce con l'estrinsecarle in modo errato.

Non costante, ma abbastanza frequente in questo complesso sintomatico è l'impossibilità di vomitare, che si vede abbastanza spesso in donne e che si potrebbe attribuire alla mancanza del riflesso faringeo. Analogamente, ma di difficile interpretazione per chi non ha pratica di psicoanalisi, potrebbe considerarsi un certo grado di dispareunia, che pure si può osservare in queste pazienti.

Queste pazienti hanno inoltre un aspetto esterno un po' somigliante: tipo un po' virile, espressione del viso un po' « tetanica », con pieghe accentuate, lievemente ansiosa, tipo che sta in aperto contrasto con quello B di Jaensch.

Fra i sintomi somatici si trovano nella maggior parte di tali pazienti la mancanza dei riflessi corneale e faringeo ed invece la vivacità di quelli periostali e tendinei, che dànno qualche volta persino il clono.

Vi sarebbe poi la questione di decidere se si tratti di una neurosi organica o psichica, cioè di neurosi organica con deficienze psichiche od invece di una psiconeurosi con manifestazioni somatiche, questione di secondaria im-

portanza poichè noi dobbiamo soprattutto considerare la patologia della persona.

Questa sindrome non è che uno dei tanti accordi che la neurosi vegetativa, con i suoi sintomi di numero limitato, può offrirci; lo averla isolata dimostra che, anche senza metodi di ricerca istologici e microchimici, si può investigare nel gran libro della Natura.

Filippini.

Idrocefalo acuto curato col cateterismo del terzo ventricolo attraverso il corpo calloso.

(Boschi, Serra, Maccanti. *Rif. Med.*, n. 22, giugno 1929).

Il procedimento riferito risale ad Anton-Bramann, ed è stato applicato in un bambino di 14 mesi, il quale 20 giorni prima, in seguito a febbre alta, notò impossibilità a tenere il capo diritto, aggravamento di uno strabismo convergente destro preesistente, testa grande, con fontanelle aperte.

Le ricerche sussidiarie mostrarono: alla radiografia sfumatura nel disegno della base, scarso spessore e scarsa densità dei tavolati ossei, ampiezza esagerata delle fontanelle; nel fondo dell'occhio stasi papillare incipiente; la pressione del liquor c. r. quasi normale.

Fatta diagnosi d'idrocefalo interno acuto, si procede alla puntura del corpo calloso, secondo il procedimento di Anton-Bramann, s'introduce fino alla falce un sottile catetere, e si fa scivolare fino al corpo calloso, che viene perforato. Fuoriesce liquido a pressione aumentata, a zampillo, che cresce co' movimenti respiratori. Se ne estraggono circa 100 cmc.; si estrae la sonda, e si sutura a strati la breccia.

Dopo circa 15 giorni il paz. poteva tenere la testa ritta, e camminare; dopo un anno le condizioni erano migliorate; le misurazioni del cranio sono un po' superiori a quelle avute subito dopo la paracentesi, ma la radiografia mostra i segni d'una avanzata guarigione, con ispessimento del tavolato osseo normale, e le fossette presso a poco identiche a quelle normali.

Nella considerazione del caso gli AA. si domandano se si trattava d'un idrocefalo comunicante o no; e per una serie di considerazioni, pensano che sia stato un idrocefalo non sufficientemente comunicante.

Altre considerazioni sono riferite sui metodi di cura suggeriti, e sulla patogenesi dell'idrocefalo operato, il quale deve riportarsi a quelle idrocefalie ostruenti di Dandy, per aderenze infiammatorie, in seguito a meningiti, spesso eredoluetiche.

Anche nel paz. vi era forse una eredolue, per la Weichbrodt positiva, e il miglioramento ottenuto in seguito a cure mercuriali.

Carusi.

OSSA E ARTICOLAZIONI.

I tumori a mieloplassi primitivi delle sinoviali articolari.

(A. Talbot. *Rev. d. Chir.*, n. 5, 1928).

Questi tumori, se così si può chiamarli, sono stati designati con varie denominazioni: *sarcomi a mieloplassi, xantosarcomi, xantomi a cellule giganti, mielomi, mieloxantomi, granulomi a cellule giganti*, ecc.

Hanno aspetto macroscopico di tumori benigni e struttura di connettivomi a cellule giganti. In genere la localizzazione alle sinoviali articolari è secondaria a diffusione dallo scheletro o dai tendini e solo eccezionalmente è primitiva. L'A. tratta i caratteri principali di queste lesioni sulla base di nove casi, di cui otto raccolti nella letteratura e uno di osservazione personale.

Questo riguarda un giovane di 20 anni che 4 anni prima, per frattura del femore, era stato sottoposto per 60 giorni a estensione continua con trazione sul collo del piede. Accusava lieve disturbo funzionale con limitazione della flessione dorsale del piede: normali gli altri movimenti. All'esame clinico segni di idrartrosi cronica della articolazione tibiotarsica, con percezione di un corpo estraneo articolare nel cul di sacco antero-esterno della sinoviale. Radiografia negativa. Nulla che avesse potuto far pensare alla tbc. All'intervento si trovò un tumore lobulato, peduncolato, ricoperto da membrana liscia, giallastro, duro in alcuni punti, molle in altri, che all'esame istologico risultò costituito da elementi connettivali fusati, con numerosi mieloplassi, ammassi di pigmento ocraceo, arteriole ben sviluppate e agglomerati di cellule lipoidiche; alla periferia uno strato di tessuto fibroso denso ricoperto dall'endotelio articolare. Non cariocinesi nè mostruosità cellulari. L'esistenza di un solo strato fibroso e di un solo strato endoteliale, dipendenze rispettive della capsula e della sinoviale articolare, la integrità e spostabilità delle guaine tendinee constatate all'intervento, fanno ammettere in questo caso l'origine articolare.

Gli altri otto casi riguardano osservazioni simili, nella maggior parte dei quali era stata fatta diagnosi di sarcoma e l'asportazione avea portato sempre la guarigione, senza recidive dopo 7 e più anni.

Tratta quindi dell'*anatomia patologica* distinguendo 2 forme:

a) forma limitata: tumore unico, peduncolato sulla faccia interna della sinoviale e con l'estremo libero spostabile nel cavo articolare;

b) forma diffusa, villosa, che può invadere buona parte dell'articolazione.

L'evoluzione, identica per le due forme, è lenta; restano sempre incapsulati, non aderenti all'infuori della base d'impianto.

La forma, il colore, la consistenza sono in

genere quelli descritti nel caso personale. *Microscopicamente* constano di una sostanza fondamentale fibrosa con tre elementi caratteristici: *a*) *mieloplassi*, atipici, con numerosi nuclei disposti irregolarmente, stanno fra il mieloplasse osseo e la cellula gigante tbc.; *b*) *cellule lipoidiche*, poligonali, vuote, con nucleo retratto, che nelle sezioni al congelatore mostrano cristalli di colesterina; *c*) *pigmento ematico*, ocraceo, in grossi grani liberi o inglobati nei macrofagi. Questi tre elementi sono soggetti a variazioni: nelle forme antiche la sclerosi invadente può distruggere i mieloplassi e mascherare il pigmento.

Quanto alla *patogenesi* l'A. pensa che non siano da considerare come tumori veri e propri poichè gli elementi che li costituiscono sono quelli delle infiammazioni e irritazioni croniche di lunga durata. Fattori secondari favorenti possono essere i traumi: nel caso personale la cravatta di trazione per 60 giorni.

Clinicamente sono caratterizzati dall'evoluzione lenta e accrescimento minimo, senza dolore e con funzione conservata fino a che la neoformazione non blocca l'articolazione.

Per la *diagnosi*, nulla fa pensare a un tumore maligno, ma bisogna ricordarsi che certi tumori maligni delle sinoviali articolari hanno inizio subdolo. La differenziazione va fatta principalmente con la tbc. sinoviale pura e in secondo luogo con gli altri tumori benigni (lipoma peduncolato, lipoma arborescente). Con la radiografia si possono escludere le forme ossee primitive.

Per la *cura* non è necessario un trattamento mutilante: basta l'asportazione con la base di impianto e successiva ricostruzione della sinoviale. Nella forma diffusa si possono asportare le singole villosità o praticare la sinoviectomia. Queste neoformazioni sono molto sensibili alla radioterapia che trova la migliore indicazione nelle forme diffuse.

G. PACETTO.

Su un processo bio-chimico che aiuta la formazione del callo osseo.

(ARNAUD e CIAUDO. *Soc. de Biol.*, 1929).

Partendo dall'ipotesi che la metaplasia ossea è un fenomeno locale e che per la sua realizzazione occorre un eccesso di calcio locale, hanno cercato di realizzare artificialmente un apporto di calcio locale che si possa facilmente legare al callo preosseo che si può considerare come un colloide capace di assorbire gli joni che vi si presentano fra cui è più importante lo jone calcio.

L'assorbimento si compie per un fenomeno di flocculazione dovuto al silicio che abbonda nella regione del callo.

È l'insieme di silice colloidale e di calcio che gli AA. hanno cercato di utilizzare per iniezione nel focolaio di frattura sotto la seguente formula: Ca = 12 mgr. + soluzione titolata di silicato di potassio cmc. 0,02 in una fiala da 2 cmc.

In un caso di frattura della coscia al terzo medio in un uomo di 62 anni non consolidata e nel quale erano rimasti infruttuosi anche gli innesti osteoperiostali, dopo 17 iniezioni nel focolaio di frattura si ebbe il consolidamento.

In un altro caso di frattura del 3° medio del braccio in uno di 58 anni senza consolidazione anche dopo cerchiaggio, una serie di iniezioni locali del miscuglio silice calcio fece scomparire la pseudoartrosi definitivamente.

Così che si può dire che la formazione del callo osseo può essere chimicamente provocata con l'apporto nel focolaio di fratture degli joni Ca messi in presenza di silicio.

R. BRANCATI.

Il processo sopracondiloideo del femore.

(HAHN. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, vol. 144, parte 2ª, p. 283).

L'A. osserva come nell'omero, qualche centimetro al disopra del condilo mediale si ha un processo detto sopracondiloideo o epicondiloideo che in alcune specie animali forma un canale da cui passano vasi e nervi del plesso brachiale o una interossea anomala che nasce dall'arteria omerale.

Secondo Köhler questo processo sopracondiloideo dell'omero si trova nell'1, 2,5 % dei cadaveri.

Anche nel femore si trova un processo sopracondiloideo interno che può avere due forme: una retta, un'altra varia. Esso si trova al disopra del condilo, nel piano popliteo là dove si origina la parte mediale del muscolo gastrocnemio.

Questo processo ha forma prismatica ed è ricoperto eventualmente da una piccola testa su cui si attacca la parte terminale del grande adduttore. L'anomalia può essere accompagnata da anomalie muscolari come la mancanza della porzione mediana dell'origine del gastrocnemio che così nasce per una parte dall'epicondilo interno.

Il processo che viene denominato tubercolo sopracondiloideo è stato rintracciato mediante la radiografia in uno studente capitato alla Clinica chirurgica di Breslavia per un infortunio.

R. BRANCATI.

MEDICINA SOCIALE

La cura degli infortunati.

Echi del Convegno di Medicina Sociale.

Al Congresso di Medicina Sociale — testè tenuto in Milano — è stato toccato anche il tema dell'obbligo alle cure negli infortunati del lavoro. Dal rendiconto dei giornali non risulta che tale argomento abbia dato luogo a discussione: tutti d'accordo quindi.

Pare strano — l'ho scritto altra volta — che si debba discutere di obbligo a curarsi come se tutti o quasi tutti gli operai infortunati rifiutassero di farsi curare per rimanere guerci, storpi, deturpati per cicatrici deformi.

Tuttavia credo non sia male esprimere il proprio pensiero franco potendo la discussione suggerire il meglio o anche il meno male in uno dei capitoli importanti dell'infortunistica. Perchè come medico e più come chirurgo conosco per pratica i pericoli ai quali può esporsi un operando. E so ancora che quando un operaio fa una cura di mala voglia, ritrae da essa poco vantaggio. Anche qui, pare, vale il proverbio: « non c'è peggio sordo di chi non vuol sentire ». Per i pochi sordi — se ci sono — è la persuasione, è l'esempio — educativo per eccellenza — che deve stimolarli ad accedere spontaneamente alle cure persuadendoli che non c'è indennizzo che valga la completa capacità lavorativa.

Ed è sopratutto necessario che l'infermo abbia fiducia nel curante.

E questa fiducia l'operaio ha se è persuaso che il sanitario lo cura amorevolmente, lo sa curare e non lo sacrificherà in ultimo agli interessi della assicurazione.

Per ora — è bene sia detto — l'operaio vede nel sanitario delle assicurazioni solo un funzionario fiscale e vi si affida malvolentieri. Questo stato di cose non è mutato da quando sono in vigore presso di noi le assicurazioni infortuni. Per questo motivo io patrocinavo la istituzione di reparti ospitalieri per feriti del lavoro perchè l'infortunato avesse l'impressione che il curante era indipendente dagli istituti assicuratori.

Anche il Borri consigliava di essere cauti nel sostenere l'obbligo alle cure perchè l'operaio, facendosi operare, poteva guarire ma poteva anche morire.

Il Magaldi — che è l'attuale Direttore della Cassa Nazionale infortuni — pensava che la legge non consentiva di « obbligare gli operai ad esporsi ai pericoli conseguenti ad operazione chirurgica; *obbligo che non sarebbe neppure conforme al diritto che ognuno ha, che la propria integrità personale non sia per volere altrui manomessa o compromessa* » (1).

Per queste considerazioni il Colajanni, il Momo ed altri facevano voti perchè l'obbligo alle cure fosse esteso solo alle operazioni chirurgiche che non sono di pericolo per il paziente. Io mi domandavo e mi domando: — quali sono le operazioni che sicuramente sono prive di pericolo?

Al tempo di guerra fu emanato un decreto che ordinava di tener conto, nelle liquidazioni delle pensioni, se il pensionando aveva rifiutato o meno una determinata cura.

La ragione del decreto fu dovuta al fatto che un articolo su il reclutamento vieta di assoggettare ad operazione cruenta un riformato contro sua voglia. Ma ciò non vuol dire che il soldato italiano, in generale, abbia cercato di restare mutilato rifiutando le cure (2).

Anche il Bernacchi prima della guerra aveva fatto una proposta del genere. Togliere dalla somma della indennità quel percento di invalidità di cui l'operaio si sarebbe liberato con determinate cure. Impossibile poterlo determinare.

Una legge che può essere messa fra i decreti è quella della Repubblica di S. Marino alla cui redazione cooperò in modo particolare un funzionario della Cassa Nazionale infortuni. Ed ecco l'obbligo per l'operaio di sottoporsi « a piccoli atti operativi che non importino ragionevoli preoccupazioni per la sua vita ».

La innovazione non doveva avere molta importanza perchè era facile prevedere che la piccola Repubblica non poteva fornire statistiche di grandi cifre da servire di esempio. Era quindi una sola affermazione (3).

Ed ecco un altro decreto-legge: è il D. L. del 1917 per le assicurazioni agricole. « Il lavoratore non può, dice l'art. 18 del D. L. per gli infortuni agricoli, senza giustificato motivo rifiutarsi dietro richiesta ed a spese dell'Istituto assicuratore, di sottostare alle cure che l'Istituto ritenga necessarie. Fra tali cure non si intendono comprese le operazioni chirurgiche, salvo i minori atti operativi ».

Come si può stabilire una linea di demanazione fra piccole e grandi operazioni chirurgiche? E chi la stabilisce? (4).

E qui può tornare a proposito la considerazione del contrasto che ci può essere fra certe cure e interessi economici delle assicurazioni.

Certe cure che richiedono lunghe degenze e sono di esito funzionale incerto (es. le plastiche alle mani) cozzano con gli interessi degli Istituti assicuratori perchè infine l'assicurazione dovrà probabilmente sborsare indennizzi per invalidità temporanea e permanente parziale.

Chi stabilirà in questi casi l'indirizzo di cura?

L'assicurazione potrebbe essere tentata a scegliere la via più breve e più economica trascurando i precetti della chirurgia conservatrice.

Mi sento già dire che ciò non avverrà. Ma chi lo può garantire? La giusta applicazione

(1) Domenichini. Riforma medica, Napoli, 1907.

(2) Domenichini. Rassegna d'assicurazione, Roma, 1917.

(3) Domenichini. Rivista Infortuni, Milano, 1915

(4) Rassegna Previdenza, Roma, 1920.

delle leggi sociali dipende, come ben dice il Fioretti, dall'indipendenza e dalla competenza del medico (1).

Dopo un periodo di oltre un decennio dell'obbligo alle cure negli infortuni agricoli sarebbe utile sapere dalle assicurazioni quanti rifiuti alle cure si sono avuti per parte dell'operaio. Per quanto consta a me l'infortunato — nella quasi totalità — ha continuato liberamente a farsi curare dal medico condotto, dal medico ospitaliero, dal sanitario libero esercente senza intervento del personale della assicurazione.

Il medico di questa, eccezionalmente, s'è fatto vivo per qualche visita di controllo o per la liquidazione definitiva delle invalidità. Precisamente come accadeva e come accade ora per gli infortuni industriali ove non c'è obbligo di cura.

Concludendo io sarei d'avviso di non codificare per legge nessun obbligo alle cure. L'operaio italiano infortunato si farà curare perchè vuole essere lavoratore e non mutilato. E se le Assicurazioni vogliono avere i loro ambulatori frequentati cerchino di acquistare la fiducia degli operai provvedendo scelti sanitari, attrezzando ottimamente i loro dispensari, e applichino le leggi con criteri ampi e liberali. Allora gli operai accorreranno specie nell'ultimo stadio della cura (meccanoterapia, elettroterapia, massaggi, ecc.) che è il più importante perchè conduce alla guarigione funzionale o alla invalidità parziale permanente più piccola possibile.

Per gli atti operativi — specie per quelli che richiedono la narcosi — credo necessario in modo assoluto di lasciare libero l'infortunato. Solo in questo modo sarà rotta la catena che — in caso disgraziato — lega l'infortunio alle ultime conseguenze.

Modena, agosto 1929.

G. DOMENICHINI.

---

(1) FIORETTI. Federazione medica, Milano, 1929.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

ROEDERER C. *Orthopédie. Tuberculoses chirurgicales.* « Les consultations journalières ». Doin edit., Paris, 1929.

Bisogna riconoscere che quei volumetti che in poche pagine hanno la pretesa di esporre e insegnare la pratica di una branca della scienza medica, difficilmente possono mantenere la loro promessa, e questo ben sa chi a quella disciplina esclusivamente si dedica e ne conosce gli innumerevoli problemi, ne sa valutare le complesse difficoltà; tanto più quando, come nell'ortopedia, si esige un'abilità tecnica non conseguibile con lo studio dei trattati, mentre poi la terapia, come in nessuna forse delle discipline mediche, ha da essere strettamente individuale e si richiede la conoscenza di una quantità di mezzi o di accorgimenti che volta per volta trovano la loro indicazione. E tutto ciò anche a prescindere dalla parte più strettamente chirurgica dell'ortopedia.

Tanto sono inutili i libri che pretendono di insegnare tutto ciò in poche pagine, quanto sono preziosi quelli che aprono al pratico, con un'esposizione chiara e sintetica, orizzonti che gli sono meno famigliari. Il volume del Roederer conserva in questo senso quasi sempre un sano equilibrio, passando in rapida rivista le malattie ortopediche, ciò che l'ortopedico può da una parte e dall'altra il medico, per giovare a questo genere di pazienti. E il libro è tanto più raccomandabile per la gran parte che in esso viene dedicata all'argomento della tubercolosi osteoarticolare, d'importanza pratica capitale.

I vari argomenti sono svolti a grandi linee, prospettando i quesiti fondamentali, secondo un metodo caro agli autori francesi; chiare figure illustrano il testo.

Data la grande frequenza con cui si incontrano nella pratica casi di interesse ortopedico, è dunque un libro assai utile.

E. VENEZIAN.

S. SALINARI. *Traumatologia di guerra*, con prefazione del prof. R. DALLA VEDOVA. Milano, S. A. Istituto Ed. Scientifico 1929. Un vol. di 497 pagg. L. 70.

Si vis pacem para bellum; e il sanitario, come ogni altro cittadino, deve essere ad ogni momento pronto a dare tutto se stesso e la sua opera benefica alla Patria in armi. Di utilità grandissima appare quindi questo libro che riassume, in base all'esperienza della Grande Guerra, le conoscenze attuali nel campo delle lesioni traumatiche di guerra. E giustificato ne è il titolo per la particolarità degli agenti lesivi e per le contingenze di tempo e

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

di luogo, che fanno di questa traumatologia bellica una chirurgia non soltanto d'urgenza, ma anche d'eccezione e di espedienti.

Nella parte generale alla trattazione delle caratteristiche degli agenti vulneranti seguono alcuni succosi capitoli sulla biologia delle ferite di guerra e sulle infezioni. La parte speciale comprende lo studio regionale delle lesioni traumatiche e infine alcune note sulla raccolta, il ricovero e lo sgombero dei feriti. La monografia è compendiosa ma i molteplici e complessi argomenti sono trattati organicamente e con equilibrio.

Si poteva è vero, a proposito dei metodi per ovviare ai notevoli accorciamenti di un arto inferiore, ricordare, accanto al metodo di Kirschner, l'osteotono di Putti (1918) e non dimenticare che l'accorciamento artificiale dell'arto sano, chiamato dall'A. processo Ducuing-Uteau (1916), è stato proposto in Italia dal Rizzoli nel 1847, ma sono queste piccole mende che nulla tolgono al valore pratico del libro, che è grande dato anche l'assoluta mancanza di opere italiane sull'argomento.

E. VENEZIAN.

Die Behandlung der Knochenbrüche. Die Behandlung der Verrenkungen. Collezione « Bücher der Arztlichen Praxis ». J. Springer ed., 1928.

Sono due libretti che potranno riuscire molto utili a quei colleghi che conoscono il tedesco: vi sono esposti, in poche pagine, i princìpi fondamentali di cura delle fratture e delle lussazioni, tenendo conto solo dei mezzi che il pratico, lontano dai centri ospitalieri, può avere a disposizione.

E. VENEZIAN.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 28 giugno 1929 - VII.

Presidente: Prof. BALP.

Contributo allo studio del comportamento della milza sotto l'azione dell'adrenalina.

Dott. G. DOMINICI e C. GIORDANO. — Le prove, fatte alla mattina a digiuno ed in assoluto riposo, consistevano nella determinazione colla palpazione e percussione della grandezza della milza, misura della pressione arteriosa, emometria, conteggi dei globuli rossi e bianchi, resistenza globulare, refrattometria, formula leucocitaria ed eventuale presenza di frammenti di globuli rossi. Queste prove erano eseguite prima dell'iniezione e dopo 1/2 ora, 1 1/2 h, 2 1/2 h. Furono esaminati 28 individui di cui 9 normali, 3 con ittero emolitico, 9 epatosplenomegalici, di diversa natura, 2 itteri emolitici splenectomizzati da antica data, 1 caso di sclerosi apicale e 1 di nefrosclerosi.

Negli *individui normali* dopo 30' dall'iniezione di adrenalina si ha per lo più un aumento dei globuli rossi, che negli esami successivi si è comportato assai variamente: in 4 casi si notò netta diminuzione dei globuli bianchi. La formula leucocitaria, tranne che in un caso, fu in un primo tempo caratterizzata da linfocitosi leucocitoide, in un secondo tempo da neutrofilia.

Nella formula eritrocitometrica vi fu uno spostamento verso destra.

Itteri emolitici: aumento variabile dei globuli rossi; i globuli bianchi sono sempre aumentati, la formula eritrocitometrica una volta spostata verso la microcitosi, altre volte invece verso la macrocitosi.

Nelle epatosplenomegalie: per lo più aumento di globuli rossi; globuli bianchi per lo più in aumento con linfocitosi scarsa o mancante; neutrofilia accentuata: formula eritrocitometrica per lo più spostata verso la macrocitosi.

In questi tre gruppi di ricerche la refrattometria era diminuita, la resistenza globulare aumentata.

Nei due individui splenectomizzati si notò iperglobulia, iperleucocitosi, spostamento verso destra della formula eritrocitometrica, lieve diminuzione della resistenza globulare, aumento della refrattometria del siero.

Si è sempre constatato un impicciolimento della milza sotto l'azione e per l'azione della adrenalina, che raggiunge il suo massimo di regola dopo 30' e talora persiste in questo stato per oltre mezz'ora; il diametro longitudinale è quello che si accorcia di più; la riduzione è maggiore nelle milze essenzialmente vascolari che in quelle connettivali o diffusamente infiltrate.

Metodica nuova nell'uomo per la dimostrazione della contrattilità della milza, specialmente in rapporto alla dottrina di Barcroft.

Dott. G. DOMINICI e Prof. M. LUPO. — Eseguito il pneumoperitoneo colla solita tecnica, iniettando però 1500 cmc. di aria filtrata, hanno fatto del-

le radiografie in serie ed hanno applicato alla milza il metodo ortodiagrafico; mediante quest'ultimo ottenevano la lunghezza, e lo spessore della milza mentre che la terza dimensione la consideravano uguale al doppio della larghezza dell'immagine. Il volume della milza era data dal volume di due spicchi di elissoide di cui in questo modo si conoscevano tutti i valori.

Per far contrarre la milza impiegarono l'adrenalina, il movimento, la corrente faradica ed il bagno freddo per 10 minuti.

Alcune ricerche sulla milza intesa quale riserva di sangue.

Dott. G. DOMINICI e C. GIORDANO. — Dal confronto tra il volume della milza determinato colla radiografia ed ortodiagrafia e le modificazioni periferiche del sangue e anche solamente dalle modificazioni periferiche del sangue, non pare che la milza abbia un'importanza, almeno preminente, e nei riguardi della dottrina di Barcroft non risulta che la milza esplichi una grande azione sulla massa del sangue circolante.

Sulla influenza della insulina sulla esauribilità muscolare in un caso di "myastenia gravis".

Dott. A. CIONINI. — Le ricerche eseguite coll'ergografo e dinamometro di Mosso, hanno permesso di constatare in seguito alla somministrazione di insulina e glucosio, un aumento della forza muscolare nonchè un notevole ritardo della esauribilità muscolare stessa. Questi risultati inducono l'O. a ritenere che il trattamento suddetto abbia un'influenza notevolmente favorevole sulla esauribilità muscolare che caratterizza la myastenia gravis.

VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 19 luglio 1929.

Presidente: A. FERRATA.

Sul comportamento del piombo colloidale negli animali da esperimento.

G. PARONI. — Il piombo colloidale somministrato per via endovenosa si fissa in breve tempo, allo stato granulare, nel sistema R. I. della milza, del fegato, del midollo osseo. Quivi coi metodi istochimici è dimostrabile la sua pronta trasformazione in un sale organico, in soluzione e talora cristallizzato, farmacologicamente attivo, che entra nel grande circolo ed è destinato all'eliminazione. Analoghe trasformazioni si osservano nella somministrazione sottocutanea ed endoperitoneale

Sull'inoculazione del virus vaccinico nel peritoneo del coniglio.

L. CATTANEO. — Il neurovaccino introdotto nel peritoneo del coniglio, si mostra attivo e produce una peritonite a decorso benigno che procura all'animale l'immunità vaccinica.

È interessante il fatto che, nei conigli di sesso maschile, il virus. introdotto sempre per via peritoneale, tende a localizzarsi nella vaginale, nella quale si sviluppa rigogliosamente producendo un'intensa vaginalite con propagazione del processo infiammatorio a tutte le tuniche, nonchè al tessuto connettivo interstiziale del testicolo, mentre le lesioni parenchimali, invece sono scarsissime e di lievissima entità.

Risultati statistici della Clinica dermosifilopatica sulla diffusione della sifilide nell'ultino quinquennio.

R. CASAZZA. — L'O. ha eseguito la statistica dei casi di lue presentatisi nell'ultimo quinquennio alla Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Pavia ed agli ambulatorii ad essa Clinica annessi. Mentre nel 1926 si è avuta una notevole diminuzione, specie a carico dei sifilomi iniziali, i casi di sifilide sono saliti di numero nel 1927 ed ancor più nel 1928. L'aumento interessa particolarmente i sifilomi iniziali. Il primo semestre del 1929 conferma ancora chiaramente la detta tendenza all'aumento. L'O. riassume le notizie provenienti da varie Nazioni a proposito dell'andamento epidemiologico della lue, per quanto riguarda l'aumento riscontrato in Pavia e dintorni, ne discute le cause invocabili, dimostrandosi contrario ad ammettere l'importanza dell'uso dell'uno o dell'altro dei medicamenti antiluetici. La statistica sarà pubblicata in extenso.

L'acetilcolina nell'uso clinico.

L. VILLA. — L'O. ha sperimentato l'efficacia curativa dell'acetilcolina introdotta in terapia da pochi anni e non ancora diffusa nelle cliniche; dopo avere riassunto i precedenti della questione, espone i propri risultati che riguardano: due casi di gangrena senile degli arti, un caso di endoarterite primitiva con ulcera gastrica, un caso di trombosi arteriose multiple con emiplegia e afasia, secondarie a endocardite streptococcica, un caso di colica saturnina, due casi di crisi gastriche in corso di radicolite spinale e di tabe dorsale, un caso di tabe dorsale con dolori lancinanti. L'O. espone la natura per molti aspetti unitaria del meccanismo d'azione terapeutica, la quale ha anche un significato per la patogenesi di alcune sindromi. L'uso dell'acetilcolina deve esser noto ai medici pratici per un intervento precoce nelle gangrene da arterite o trombosi di qualunque natura esse siano, poichè spesso, arrivato il paziente negli ospedali, la tempestività di simile intervento è già oltrepassata. Alcuni interventi chirurgici sulla innervazione vegetativa (simpatectomia, resezione del simpatico cervicotoracico) miranti a modificare condizioni morbose riferibili a un meccanismo angiospastico, debbono essere precedute da un tentativo terapeutico con l'acetilcolina.

Sul fenomeno dell'anacòresi.

ALBERTO ASCOLI. — L'O., in seguito ad una sintesi sommaria degli studi rivolti a spiegare il meccanismo dell'ascesso di fissazione, afferma che questo metodo terapeutico non ha sicure basi sperimentali.

Con ricerche ed osservazioni originali dimostra poi come un'azione terapeutica analoga viene svolta dal nodulo sottocutaneo provocato con la vaccinazione antitubercolare e trova la sua spiegazione nel fenomeno dell'anacòresi, il quale determina in un primo tempo un accorrere dei microbi verso il focolaio locale, dove successivamente si spengono a mo' di anacoreti nel rifugio da loro prescelto: l'attrazione risentita dai microbi può costituire nelle infezioni un mezzo per agevolare la diagnosi mercè le indagini batteriologiche esperite sul focolaio locale dopo avervi colla anacòresi richiamati gli agenti morbigeni.

Seduta del 26 luglio 1929.

Presidente: A. FERRATA.

Sulle cosidette piastrine degli uccelli.

CESARE COSSALI. — L'O. ha dimostrato con numerose esperienze che le cosidette piastrine nucleate degli uccelli (polli) hanno la stessa funzione entixenica delle piastrine dei mammiferi.

Ricerche culturali sul bacillo della tubercolosi.

CALLERIO CARLO. — L'O. per la cultura del bacillo di Koch, ha praticato il metodo di Hohn apportandovi alcune lievi modificazioni; dalle numerose ricerche eseguite su materiale umano di diversa provenienza (sputi, urine, feci, tessuti ghiandolari), ha potuto constatare la bontà del metodo che si è inoltre dimostrato di facile applicazione pratica.

Dieci ceppi di tali culture, inoculati per via endovenosa alla dose di tre mmgr. in dieci conigli hanno provocato la morte in quattro di essi in un periodo di tempo variabile da 20 a 30 giorni dall'inoculazione.

L'O. partendo da questo risultato e pur riservandosi di approfondire ulteriormente le sue ricerche in proposito, richiama l'attenzione sul fatto che i vari ceppi di tbc. di provenienza umana presi in esame si sono comportati in modo diverso sui conigli così come avviene fra i ceppi di tubercolosi di tipo bovino e quelli di tipo umano.

Ricerche sulla eziologia del tracoma.

BORDONARO. — In due casi di tracoma antico, con presenza di cicatrici, mai curati, su tre, dei quali l'O. ha fatto un completo esame batteriologico del materiale prelevato mediante espressione dei follicoli colle pinze di Knapp, è stato ottenuto l'isolamento in cultura pura di un germe presentante caratteri morfologici, biologici e culturali esattamente corrispondenti a quelli descritti dal Noguchi, pel « bacterium granulosis » (The Etiology of trachoma, 1° agosto 1928; The Journal of Experimental Medicine, Institut Rochefeller). Fu pure isolato un bacillo cromogeno con caratteri identici a quelli, che l'A. giapponese ha dato per l'altra specie di bacterii descritti come « bacilli Gram negativi mobili producenti pigmento giallastro ».

L'O. spera prossimamente di poter completare le sue ricerche coll'esame batteriologico d'altri casi di congiuntivite tracomatosa, e coll'inoculazione del germe sospetto nella congiuntiva di scimmie inferiori e superiori.

Contributo allo studio delle ghiandole emolinfatiche.

P. INTROZZI. — In un caso di leucemia acuta microemocitoblastica con splenomegalia l'O. ha osservato al tavolo anatomico delle particolari formazioni più numerose nell'omento, meno nel mesenterio, piuttosto voluminose, grosse come nocciole, che spiccavano per il loro colorito intensamente rosso e per la loro consistenza piuttosto molliccia, con superficie di taglio pure intensamente rosso-vinoso, e con sostanza facilmente spappolabile e fluida. Tali caratteri distinguevano nettamente queste formazioni dalle comuni ghiandole linfatiche che numerose si trovavano pure nel tessuto peritoneale, e dalle ghiandole linfatiche periferiche, le quali tutte, più o meno ingrossate, si presentavano invece piuttosto dure e di colorito gialliccio.

L'esame macroscopico e sopratutto un completo studio istologico di queste formazioni ha messo in evidenza dei dati tali da permettere all'O. di considerarle come appartenenti a quelle particolari formazioni che vennero chiamate col nome di ghiandole emolinfatiche od emali.

Ulteriori ricerche sulla vitamina B.

Dott. LUIGI SCOTTI FOGLIENI. — L'O. nella sua nota, sulla natura del cosidetto fattore B antineuritico (risponde ad alcuni appunti mossigli recentemente dal prof. Petragnani sulla tecnica da lui seguita in alcune esperienze precedenti, prendendo argomento per chiarire alcuni particolari) dimostra identità di comportamento di fronte alle elevate temperature del fattore B veicolato dalla pula di riso e di quello veicolato ad altre sostanze e cioè:

1) che, come l'O. aveva già dimostrato per la vitamina B della pula di riso sottoponendo all'azione della temperatura di 125° sospensioni di lievito fresco, o sospensioni di lievito di birra secco, consentendo durante questo trattamento l'evaporazione, ma raccogliendo quanto da ciascuna sostanza si allontana, il fattore B veicolato viene scisso in due frazioni: uno che si ritrova nel distillato e l'altro che rimane nel residuato della sostanza dopo il trattamento;

2) che isolatamente uno o l'altro dei due liquidi non è curativo;

3) che distillato e filtrato del residuato devono essere forniti assieme ad uno stesso animale perchè ricompaia intiero l'azione vitaminico;

4) che non è necessario che distillato e residuato derivino da una stessa sostanza, potendosi vicendevolmente complementare i derivati dalle diverse sostanze veicolo, purchè sia presente nella combinazione una frazione di distillato e una frazione di residuato;

5) che si può ritenere pertanto che il fattore B della pula di riso del lievito secco e del lievito fresco sia identico dal punto di vista strutturale come lo è dal punto di vista fisiologico.

Il Segretario: RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Glicemia e prova di iperglicemia negli epatici.

Il 30 % degli epatici esaminati da Labbé e Nepveux (*Bull. et mémoires Soc. clin. hôpit. Paris*, 11 marzo 1929), presentava iperglicemia a digiuno; si tratta di solito di individui iperalimentati od intossicati, con fegato grosso e glicosuria intermittente. Le cirrosi del tipo Laennec hanno generalmente glicemia normale. In generale, però, non è possibile stabilire un rapporto fra la forma clinica dell'insufficienza epatica e la proporzione della glicemia; l'ipoglicemia però è eccezionale.

Gli AA. hanno utilizzato la prova della iperglicemia, facendo ingerire 50 grammi di glucosio puro e misurano la superficie al triangolo d'iperglicemia. Allo stato normale, essa varia da 0,20 a 0,40; oltre 2, si ha a che fare con un diabetico. Nel 70 % degli epatici, si provoca una reazione di cui l'area è compresa fra 0,50 e 1,50. Sembra dunque che la prova della glicemia sia un buon rivelatore dell'insufficienza epatica; si deve però eliminare l'intervento dei diversi organi che possono pure provocare dei disturbi della glicoregolazione, pancreas, tiroide, surrenale, sistema nervoso centrale.

La differenziazione dal diabete sarà delicata, poichè vi sono tutti i punti di passaggio fra il diabete benigno degli obesi ed i disturbi glicoregolatori degli epatici sovralimentati. In clinica, si vedranno delle forme leggere di diabete che migliorano con un trattamento energico; altre volte, in epatici che si curano male, i segni di un diabete sempre più accentuato. La prova dell'iperglicemia provocata permetterà di seguire da vicino il malato e di controllare ad ogni istante gli effetti della terapia.

fil.

Un indice di acidosi.

Una persona normale è in grado di trattenere il respiro per 30-40 secondi, dopo di che compie una profonda inspirazione. Questa durata si riduce in rapporto con la diminuzione di alcali nel sangue. Il procedimento permette, adunque, di valutare l'acidosi. È considerato specialmente utile per decidere nei riguardi dell'anestesia: si ammette che l'anestesia generale sia controindicata in soggetti che non sono in grado di trattenere il respiro per almeno 20 secondi. O. F.

Per riconoscere l'acido diacetico.

L'acido diacetico può essere rivelato mescolando 5 cmc. d'urina con 2-3 gocce di acido acetico glaciale e 1 cmc. di sospensione d'amido al 5 %; poi si aggiungono 6 gocce di tintura d'iodio all'1 %. Nell'urina normale lo iodio fa colorare l'amido in bleu. Se il colore bleu non si mostra neppure dopo 1 minuto, è presente acido diacetico. Graduando le tinte, in una serie di tubi, con dosi determinate di acido diacetico, è possibile una stima quantitativa abbastanza accurata. O. F.

L'ipotonia del bulbo oculare nel coma diabetico.

Questo segno, messo in evidenza sin dal 1903 da Krause, sarebbe patognomonico del coma di origine diabetica.

La sua presenza, veramente non è costante in modo assoluto, ma ricorre in un numero notevolissimo di casi, essendo invece sempre assente nell'acidosi diabetica senza coma.

L'ipotonia, inoltre, raggiunge il suo massimo all'acme dello stato comatoso, e scomparisce rapidamente allorquando il coma è superato.

Per l'osservazione accurata sarebbe necessario servirsi del tonometro, ma, correntemente, è sufficiente l'indicazione data dalla palpazione digitale.

A. J. Patek riporta cinque casi (*Journ. A. M. A.*, 9 febb. 1929) nei quali la ricerca del sintoma gli riuscì assai utile, facendogli fare la giusta diagnosi.

M. FABERI.

CASISTICA.

Il pemfigo acuto febbrile.

Questa malattia decorre come un'infezione e si manifesta con un'eruzione bollosa della pelle e delle mucose e, fa passaggio, con diversi gradi alla forma subacuta ed a quella cronica. Sono gravi anche i casi subacuti, come quello di Spillmann e L. Michon (rif. in *Journ. des praticiens*, 20 luglio 1929), di un giovane di 31 anni, in cui, con uno stato generale cattivo, si manifestò un'eruzione bollosa febbrile. Il liquido siero-purulento di una bolla, iniettato in un coniglio, provocò la morte dell'animale, da streptococco.

L'autoemoterapia, le iniezioni endomuscolari di electrargol rimasero inefficaci e così pure i vaccini di Delbet. Feci lienteriche, espettorazione fetida, morte. L'autopsia dimostrò una degenerazione totale del fegato con stato congestizio.

L'ascesso di fissazione non dà nessun miglioramento. Qualche volta si sono ottenuti buoni risultati associando le iniezioni sottocutanee di peptone (10 cmc. al 5 %) con l'adrenalina (1 mg.) e l'ergotamina (20 cg.). Inoltre, iniezioni endovenose di cloruro di calcio (1-2 cmc. a 10 %).

Altri si sono giovati dell'applicazione ripetuta di *tulle* grasso e della vaccinoterapia antipiogena, la quale permetterebbe di lottare contro l'infezione da piogeni, che ha una parte importante nella gravità della malattia.

Le medicazioni con filtrati microbici possono essere utili e così pure le iniezioni endovenose di iposolfito di sodio (5-20 cmc. al 20 %). È stata altresì indicata l'opoterapia (fegato di vitello).

La malattia è costituita da una sindrome, che può essere determinata da diversi agenti infettivi; spesso si ha a che fare con eredosifilitici, i quali possono guarire col trattamento specifico.

In qualche caso, si sono ottenuti buoni risultati con gli estratti surrenali, tiroidei, ipofisari. *fil.*

Porpora emorragica cronica recidivante.

Quénu et Stoïanovitch (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1929, n. 3, p. 111) illustrano un caso di porpora emorragica in una donna di 49 anni, che aveva avuto una prima crisi emorragica nel 1920 ed un'altra nel febbraio 1927, quando fu ricoverata; durante la degenza in ospedale altra crisi. Tempo di sanguinazione 44 minuti, tempo di coagulazione 10 minuti; successivamente il T. S. si elevò a 62 minuti e le crisi emorragiche divennero sempre più frequenti. Le piastrine erano presso che assenti. Milza di dimensioni ridotte.

Praticata la splenectomia (milza piccola, sclerotica, ecc.), le piastrine salirono dopo 2 ore a 8000, dopo 5 ore a 22.000, dopo 9 ore a 133.000 e così gradualmente fino a 280.000 dopo 24 ore. Contemporaneamente il T. S. si ridusse fino a 5 1/2 minuti dopo 24 ore.

Le condizioni dell'operata si rimisero ben presto al normale e restarono tali fino al novembre dello stesso anno; da allora di nuovo eruzioni di porpora saltuariamente, di nuovo metrorragie. Tali disturbi si andarono progressivamente aggravando fino al febbraio 1928, quando si ebbe la morte. Ma le piastrine erano ancora presenti in discreto numero: 130.000 nel dicembre, 25.000 pochi giorni prima della morte, quando anche i globuli rossi erano ridotti a 780.000.

Dall'osservazione innanzi citata si può rilevare come la rapidità di riproduzione delle piastrine non può essere un elemento utile per la prognosi. Così pure non vi è relazione tra il numero delle piastrine prima e dopo l'operazione, poichè la sindrome emorragica ricomparve ancora quando le piastrine erano in discreto numero (150.000) e la morte avvenne con 25.000 piastrine mentre prima dell'operazione queste erano a 0.

JURA.

Le ulcere della gamba nelle splenomegalie.

Lombard e Nanta nel dicembre 1928 fecero presente la frequenza delle ulcerazioni mal definite delle gambe coesistenti alla ipertrofia della milza nel corso di splenomegalie algerine.

Grégoire e Weil (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1929, fasc. 3, p. 91) hanno notato le stesse coincidenze morbose in malati che non avevano mai lasciato la Francia.

In una osservazione trattavasi di una giovane di circa 25 a. nativa del Belgio e dimorante in Francia dall'età di 15 anni, che dall'età di 9 anni presentò ulcerazioni multiple alle gambe, che per periodi più o meno lunghi saltuariamente erano venute a guarigione e poi erano ricomparse. Dall'età di 22 anni comparsa di ematemesi e melena, sempre più frequenti e gravi, e comparsa di splenomegalia, con grave anemia. La splenectomia apportò miglioramento delle condizioni generali, cessazione delle emorragie e guarigione delle ulcerazioni.

In una seconda osservazione trattavasi di un giovane di 33 a., ricoveratosi in ospedale per ulcerazioni alle gambe, con sindrome emorragica grave (ematemesi) da pochi mesi, in gravi condizioni di anemia. Praticata la splenectomia le ulcerazioni rimasero invariate dopo alcuni mesi.

I sintomi dominanti del quadro morboso sono costituiti da: ulcerazioni alle gambe, emorragie, splenomegalia. Si tratta di ulcerazioni spontanee, durature, recidivanti, poco sanguinanti, poco dolorose, tagliate a picco e profonde. Tali lesioni precedettero di una diecina di anni alle manifestazioni emorragiche ed alla scoperta della splenomegalia.

Su 22 casi di splenectomizzati da Grégoire solo questi 2 casi si rinvennero con ulcerazioni alle gambe. JURA.

TERAPIA.

Puntura della cisterna magna.

Donald Stewart (*The Edimburgh medical Journal*, maggio 1929) ha avuto occasione di fare questa puntura più di 550 volte in 250 malati in età fra i 7 giorni e i 65 anni. In maggioranza la puntura fu fatta nei bambini.

Secondo Stewart la puntura della cisterna magna è più facile della lombare e merita di essere più estesa in pratica.

La profondità alla quale è necessario affondare l'ago ha oscillato fra 1 cm. (a 7 giorni di età) e cm. 3,50 (a 12 anni) nei bambini; fra i 14 e i 65 anni la profondità necessaria ha oscillato fra cm. 3,1 e 5,8. La profondità varia secondo lo stato di nutrizione del malato. Poichè l'ago è introdotto obliquamente con un angolo di 30° nel forame magno, non c'è dubbio che, dopo perforata la membrana occipito-atlantoidea c'è, anche nel bambino piccolissimo, uno spazio di almeno cm. 1,5 in cui l'ago può essere mosso liberamente e che è largo abbastanza per evitare a chi è prudente di danneggiare la midolla allungata. La membrana occipito-atlantoidea, che è attaccata in alto al forame magno e in basso alla prima vertebra cervicale, oppone all'ago una resistenza che si percepisce anche nei bambini. Sentita questa resistenza si toglie lo stiletto che

sta nell'ago e spingendo per 1-2 mm. si ha deflusso di liquido cerebrospinale.

La tecnica è sempre quella descritta originalmente dall'Ayer. Però Stewart consiglia di pulire la cute, dopo il taglio dei capelli, con alcool o con etere e non con tintura di iodio per evitare un eritema che è frequente nei bambini.

In alcuni casi è necessaria l'anestesia generale con cloruro d'etile, seguito da etere se occorre; in generale (anche nei bambini al disopra di 5 o 6 anni) basta l'anestesia locale alla novocaina al 2 %. In alcuni casi può farsi preventivamente un'iniezione di scopolamina e morfina.

L'ago dev'essere abbastanza resistente, non più lungo di 6-7 cm.

La puntura della cisterna magna è stata descritta come « procedura potenzialmente pericolosa ». Certamente può essere pericolosa in mano di un operatore inesperto, o in un malato intrattabile, ma dopo un po' di esercizio sul cadavere diventa facile.

Ayer non ha avuto nessun caso di morte su 450 punture, e così pure Ebangh su 1550 punture e Stewart in 550. Qualche volta si ha modico dolore al collo o alla faccia, un po' di cefalea e, del tutto eccezionalmente, altri disturbi.

Questi fenomeni furono osservati specialmente negli adulti. A volte si ha fuoriuscita di sangue invece che di liquor, ma succede meno spesso che nella puntura lombare, e dipende dalla lesione di qualche vena extradurale sottoccipitale.

L'insuccesso della puntura della cisterna magna è meno frequente che quello della puntura lombare. Nella meningite purulenta si può non estrarre il pus perchè l'ago non è abbastanza largo; in questi casi è meglio ricorrere alla puntura ventricolare.

Le *indicazioni* della puntura sono diagnostiche e terapeutiche. Per la diagnosi essa non è necessaria nei casi in cui si può ottenere lo stesso liquor colla puntura lombare. Nella meningite tubercolare è utile: Stewart trovò il bacillo della tubercolosi nel liquor estratto con puntura lombare nel 70 %, mentre lo trovò nel 93 % in quello estratto dalla cisterna magna. Nei tumori del midollo la puntura della cisterna serve per introdurre il lipiodol. Può essere utile l'esame comparativo manometrico, chimico e citologico del liquor lombare e di quello della cisterna specialmente nei casi di blocco subaracnoidale spinale che può seguire la meningite acuta meningococcica.

In terapia l'applicazione più utile è nella meningite meningococcica per l'introduzione del siero. In altre forme di meningite può essere utile solo ad estrarre liquor.

In alcune forme di meningite acuta Stewart ha cercato di arrestare la malattia coll'irrigazione dello spazio subaracnoidale, di cui descrive minutamente la tecnica; nella meningite tubercolare ne ha ottenuto solo un beneficio transitorio.

Nella lues cerebrospinale egli ha associato l'uso endovenoso della triparsamide con l'introduzione della stessa sostanza nella cisterna. Buoni risultati dà l'associazione di queste due vie di introduzione del siero nel tetano.

Le *controindicazioni* della puntura della cisterna magna sono relativamente poche. La puntura è pericolosa se c'è obliterazione totale o parziale della cisterna, quindi non si deve fare nei tumori cerebrali, nel periodo terminale della meningite tubercolare e quando si sospetta un edema cerebrale.

R. LUSENA.

Disturbi da puntura lombare.

Nel corso d'una puntura lombare possono capitare accidenti gravi, come morte improvvisa in paz. con tumori cerebrali, disseminazione tubercolare meningea in casi di m. di Pott, ecc., e disturbi meno gravi, presenti, sec. Chavany (*Journ. Méd. et Chir. Pratiques*, n. 9, 1929), nel 40 % dei casi. Questi ultimi dipendono da:

1) *ipotensione del liquor*, si presentano la sera o il mattino successivo alla puntura, se l'a. lascia il decubito dorsale, e consistono in cefalee a tipo occipitale, vertigini, nausea e talora vomiti. Esiste anche tachicardia e iposfigmia, scarse urine. Tali disturbi cessano col decubito dorsale, ma possono durare da 1 a 5 giorni;

2) *ipertensione del liquor*, sintomi identici al caso precedente, ma che persistono con la posizione dorsale; la cefalea è più intensa, vi è torpore intellettuale, bradicardia, pressione normale, spesso iperemia della papilla ottica;

3) *disturbi da choc*, si presentano durante o subito dopo la puntura: si ha lipotimia, pallore, offuscamento della vista, ipotensione, ipotermia. Tali disturbi cessano, ma persiste la cefalea e la nausea; sono più rari dei precedenti;

4) *meningismi*, molto più rari, e si presentano con la caratteristica sintomatologia di tali affezioni: rigidità nucale, Kernig, ipertermia, dissociazione citologica; dura da 10-12 giorni.

Per prevenire tali disturbi l'A. somministra del gardenal prima della puntura, usa un ago sottile, e depreca l'uso delle punture lombari fatte ambulatoriamente, in quanto dopo la puntura bisogna lasciare il paz. per 1-2 ore in posizione genu-pettorale, con un guanciale sotto il bacino, poi lo si lascerà per 8-10 ore in posizione supina, col capo allo stesso piano del letto, e solo dopo 24 ore gli si permetterà di sedersi sul letto. Consiglia di somministrare 1/2 gr. di teobromina il giorno della puntura, e gr. 1 il giorno successivo.

Se si presenta ipotensione, iniettare cmc. 1 di estratto ipofisario, o cmc. 40-60 di acqua

bidistillata nelle vene; nei casi d'ipertensione, ipodermoclisi glucosati, o soluz. zuccherate al 60-80 % per bocca, gr. 100 al giorno, oppure clisteri di soluz. di solfato di magnesio al 15 %. Contro lo *choc* si userà l'iniezione di mgr. 1 di adrenalina endomuscolare, e in gravi casi, dosi minori per uso endovenoso.

CARUSI.

Formula calmante.

La codeina può somministrarsi a dosi abbastanza forti prolungando a lungo il trattamento se vi si associa il bromuro, senza temere l'assuefazione.

Pr.

Bromuro di potassio	g.	30-40
Fosfato di codeina	cg.	40
Estratto di valeriana	g.	6
Sciroppo di cortecce d'arancio amaro	g.	200
Acqua q. b. per	g.	300

S. Due cucchiai al giorno.

(*Journ. de méd. de Paris*).

VARIA.

Convalescenziari per bambini reumatici.

Il Comitato Metropolitano degli asili a Londra ha deciso, nella sua ultima seduta, di provvedere alla cura dei bambini sofferenti di malattie reumatiche, in appositi convalescenziari. All'uopo il numero dei letti del « Queen's Mary Hospital » per bambini verrà portato a 350 in aggiunta ai 60 letti primieramente riservati a scopo di ricerche. Era stata prospettata l'idea di utilizzare la bellissima contrada di Copthorne, acquistata nel 1914 per la costruzione di un sanatorio; ma questo progetto è stato abbandonato, a causa della ingente spesa che importerebbe la costruzione di un fabbricato in una località, ove presentemente vi è deficienza dei pubblici servizi. Il convalescenziario dovrà accogliere bambini d'ambo i sessi, al disotto dei 16 anni, sofferenti di reumatismo subacuto, corea minor, o carditi reumatiche incluse le forme con attacchi ricorrenti. Si ammette che a Londra vi siano non meno di 10 mila bambini che hanno sofferto o soffrono di infezione reumatica, e in una recente relazione al Consiglio della contea di Londra il dott. F. K. Menzies ha fatto presente che da 600 a 700 bambini sono assenti da scuola per lunghi periodi di tempo perchè malati di reumatismo, il che rappresenta il 25 % di invalidità cronica tra gli scolari.

L'esperimento di inviare questi bambini ai comuni convalescenziari non ha dato buoni risultati. Il sottocomitato per le malattie cardiache reumatiche nei bambini ha dimostrato l'urgenza di ampliare detti convalescenziari o scuole-ospedali. Ciascuna città dovrebbe cercare di creare una specie di ospedale o colonia suburbana, in una località amena, ove poter curare detti bambini. Questo progetto sta per avere la sua piena attuazione a Londra, come si è detto, al « Queen Mary's Hospital ».

(*The Lancet*, 23 aprile 1927).

N. MARZO.

Cardiopatie e parassiti domestici.

G. A. Stephens (*Endocrine Survey* e *Difesa sociale*, marzo 1929) ritiene che vi sia un rapporto fra parassiti domestici e cardiopatie, ammettendo che la puntura delle pulci può sviluppare una malattia di cuore, per l'inoculazione di una specie di protozoo, che darebbe l'infezione reumatica. E ritiene che, data tale patogenesi, sarebbe da sconsigliarsi l'uso dei preparati salicilici, inattivi contro i protozoi, che non abbrevierebbero il decorso e non diminuirebbero il pericolo di complicazioni cardiache.

Nel caso di bambini, le pulci preferirebbero pungere quelli che hanno una deficiente calcemia, per cui la profilassi consisterebbe nella somministrazione di calcio, per via orale o sottocutanea.

La deficienza di calcio produrrebbe una modificazione della tensione sanguigna nei vasi superficiali, la quale sarebbe adatta allo sviluppo dei parassiti della classe dei protozoi e dannosa invece alle cellule del corpo.

Secondo tale A., le cardiopatie si manifesterebbero solo nei bambini che, rifiutando l'uso del latte ed avendo invece preferenza per le sostanze acide (limone, aceto), vanno incontro ad una deficienza di calcio nel sangue. Tali bambini sarebbero di preferenza punti dalle pulci, mentre poi, nelle località dove sono più abbondanti tali insetti, sarebbero più frequenti le cardiopatie di origine reumatica.

fil.

" Euthanasia ".

Il *Matin* ha compiuto un'inchiesta, tra personalità eminenti, sull'uccisione dei malati inguaribili e che chiedono di morire. È riportato in *Bruxelles-Médical* del 23 giugno 1929.

Il prof. Henry Roger, decano della Facoltà Medica di Parigi, ha espresso il parere che il medico può sopprimere il dolore ma non la vita. In termini non dissimili si sono pronunziati il prof. Charles Richet, dell'« Institut », e il prof. Edouard Le Roy, del « Collège de France ». Il decano della Facoltà filosofica dello « Institut catholique », abate Peillaube, afferma che il diritto di uccidere spetta solo a Dio. Il prof. Barthelemy, decano della Facoltà giuridica di Parigi, dice che la concezione della così detta « euthanasia » è in contrasto con i sentimenti di umanità: si deve sempre rispettare la vita.

Ricordiamo che vari letterati hanno manifestato idee in contrasto con le precedenti: Wells, Benson, Maeterlink, la Huch, ecc.

V. L.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Per l'igiene nelle scuole. Precise disposizioni prefettizie.

Prima ancora che incominci l'anno scolastico i prefetti del Regno hanno richiamato l'attenzione dei podestà, dei commissari prefettizi e degli ufficiali sanitari sull'esatta applicazione delle disposizioni riguardanti l'igiene scolastica.

Tutte le scuole, prima della loro riapertura, devono essere ripulite e disinfettate. Durante il corso dell'anno dovrà essere curata più che sia possibile la pulizia giornaliera dei locali e perciò gli ufficiali sanitari dovranno sorvegliare attentamente l'esecuzione delle disposizioni emanate. La pulizia dei locali dovrà essere fatta sempre a finestre aperte. Gli ufficiali sanitari dovranno visitare i locali almeno una volta al mese e anche più spesso quando occorra.

Indagini sui modi di allattamento.

Il Ministero dell'Interno nell'intento di avere utili elementi nei riguardi dei modi più diffusi di allattamento dei bambini, e dell'influenza che il modo di allattamento esercita sullo stato di salute dei lattanti, dispose di procedere ad uno speciale rilevamento statistico da eseguirsi da parte del medico, all'atto della denuncia di morte e all'atto della prima vaccinazione jenneriana obbligatoria per legge.

È superflua ogni delucidazione sulla importanza di tali rilievi e si richiama pertanto l'attenzione di tutti i sanitari liberi esercenti affinchè non trascurino di fornire nel modo più preciso le notizie di cui sopra.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASCOLI PICENO. *Ammin. Prov.* — Direttore della Sez. Med.-Micr. del Lab. Prov. d'Ig. e Prof.; lire 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v. in L. 360 annue per celibi, L. 1821 per gli ammogl., indenn. supplett. per i figli; 25 % incassi; età lim. 45 a. Scad. 30 sett.

BASCHI (*Terni*). — Scad. 15 ott.; per Montecchio e Tenaglia; L. 9000 per 1000 pov.; addizion. L. 2; 6 sessenni dec.; L. 600 serv. att.; c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario radiologo; L. 5000 oltre L. 800 serv. att. e indenn. provvisoria L. 6000, partecipaz. utili; divieto eserc. profess. Scad. ore 17 del 30 sett. Laurea da 5 anni; 3 anni di esercizio radiolog. in Istituto radiologico o grande Ospedale; tassa lire 50; doc. a 3 mesi; titoli ed esami. Rivolgersi Segreteria o Ispettorato.

BERTINORO (*Forlì*). — A tutto 30 sett.; 1ª condotta; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 cavalc. e L. 2000 direz. ospedale civico S. Antonio; c.-v.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° settembre; titoli chirurgici.

BOBBIO (*Piacenza*). — 3ª condotta urbana e uff. sanitario pel comune. Stipendio L. 11.000 con aumen. quadrienn. ed indennità come per gli altri sanitari del comune, esclusa la cavalcatura. Tassa concorso L. 50,15. Scadenza 25 settembre. Chiedere annunzio alla Segreteria.

BRIANZE (*Vercelli*). — Scad. 30 sett.; L. 7000 e bienni, oltre c.-v. e indenn. trasp.

CASTELNUOVO CILENTO (*Salerno*). — Stipendio annuo L. 7000 lordo di ritenute, con 4 aum. quadriennali del decimo, oltre L. 1500 per indenn. spese mezzo di trasporto. Scadenza 31 ottobre. Chiedere manifesto alla Segreteria Comunale.

CASTIGLIONE D'ADDA (*Milano*). — Condotta libera; al 15 ott.; età lim. 40 a.; buona condotta politica; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi; stip. lire 10.500, oltre L. 1000 bicicletta o motociclo, L. 1000 uff. san.; 5 quadrienni dec.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami: *a*) Direttore Sezione Medico-Micrografica, stip. annuo L. 16.000, oltre indenn. servizio attivo L. 1600; *b*) Assistente Sezione Medico-Micrografica, stip. annuo L. 12.000, oltre indenn. servizio attivo L. 1200. Per entrambi indennità caro-viveri. Scadenza ore 12 del 20 ottobre. Richiedere bando di concorso alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

GENOVA. *Comune.* — Medico batteriologo assistente; L. 14.500 e 10 bienni di L. 450, c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 15 nov. Rivolgersi Ufficio Personale.

GROSSETO. *Comune.* — Direttore del Dispensario per la sifilide e le malattie veneree; L. 6000; nomina e conferme quinquennali; scad. 15 ott.; tassa L. 50,15.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. e bacteriolog. del Laboratorio provinc. d'igiene; L. 17.500 aumentabili a L. 25.000 oltre L. 4700 aumentabili a lire 7000 serv. att. Coadiutore della Sez. chim.; lire 15.200 aumentabili a L. 21.000 oltre L. 3600 aumentabili a L. 5200 serv. att. Caro-viv. Età lim. 30 a. Rivolgersi Segreteria gen. della Provincia.

MAIORI (*Salerno*). — 2ª condotta; scad. 30 sett.

MATERA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per 18 comuni; L. 3000-4000; scad. 1° nov.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico direttore; L. 32.400 oltre L. 5800 serv. att.; scad. ore 15 del 9 dic.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 9 sett.; titoli. Chied. annunzio.

MONTEFORTINO (*Ascoli Pic.*). — A tutto 30 sett.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; pel 25 % della popolazione; addizion. L. 4 p. 1000 iscritti, L. 5 oltre; indenn. laurea L. 500; indenn. forese L. 1000; uff. san. L. 500; cavalc. L. 2700; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 1° sett.

Motta Visconti (*Milano*). — Scad. 30 sett. Rivolgersi Segret. comun.

Novara. *Ospedale Maggiore.* — Direttore medico, medico primario, medico tisiologo, pediatra primario; scad. 30 sett. Rivolgersi alla Segreteria.

Orvieto (*Terni*). — Scad. ore 12 del 30 sett.; per Corbara; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre lire 600 serv. att., c.-v., L. 4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 28 ag.

Pomigliano d'Arco (*Napoli*). — Scad. 30 sett.; età lim. 25-45 a.; buona condotta politica; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 ag.; stip. L. 9600; serv. entro 15 gg.

Poggio Nativo (*Rieti*). — Scad. 30 sett. Rivolgersi Segret. comun.

Reggio Emilia. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore tecnico del Consorzio e del dispensario del Circolo di Reggio Em.; L. 24.000 e 5 quadrienni dec.; riconoscimento; età lim. 30-40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria. Scad. 30 sett.

Roma. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per poter partecipare al concorso di Ispettore Generale del Consorzio Provinc. Antitubercolare di Roma (V. precedenti N.ri 33 e 34) avranno lo stesso effetto i documenti comprovanti che il concorrente ha prestato servizio effettivo in un Ospedale o Clinica o Ospedale Sanatoriale, almeno per un triennio, in seguito alla nomina ministeriale di aiuto o di assistente di ruolo per la Clinica o la Patologia Medica fatta a norma di legge nell'epoca in cui non era ancora prescritto il pubblico concorso.

Il termine utile per la presentazione di tutti i documenti è prorogato alle ore 19 del 20 ottobre 1929.

Salerno. *Ospedali Riuniti.* — Proroga 30 sett.

Sannicandro Garganico (*Foggia*). — Scad. 26 settembre; 2° rione; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Sassinoro (*Benevento*). — Scad. 10 ott.; lire 8000 oltre L. 500 se uff. san.

Sellano (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 9000 e 3 quinq. dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500 uff. san., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 25 ag.

Siena. *RR. Spedali Riuniti di S. M. della Scala.* — Radiologo; L. 11.600, senza c.-v. o altre indennità; 40 % utile netto cure; 6 quadrienni dec.; scad. ore 18 del 30 sett.; divieto esercizio privato o presso altri Istituti; doc. a 3 mesi dal 1° sett. Il Cons. d'Amm. si riserva la facoltà di non procedere alla nomina.

Siracusa. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esame. Stipendio L. 14.500 oltre 4 aumen. quadriennali pari ad un decimo dello stipendio predetto. Indennità annua servizio attivo L. 1200 e L. 2700 quale Capo Uff. di Igiene e servizi assistenza sanitaria, più i compensi a carico privati per accertamenti e rilascio certificati, secondo Tariffa Decr. Prefettiz. 20 dic. 1927. Divieto assoluto esercitare professione medico-chirurgica. Domande e documenti entro 45 giorni a datare dal 13 settembre. Per notizie sui documenti chiedere avviso alla R. Prefettura.

Sommatino (*Caltanissetta*). — Scad. 30 gg. dall'8 sett.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; regolare condotta civile, morale e politica; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'8 sett.

Villa Celiera (*Pescara*). — A tutto 10 ott.; lire 9000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 2400 cav., L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Volta Mantovana (*Mantova*). — 1ª condotta e direttore operatore dell'Ospedale; proroga 30 sett.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Università di Kiel, in occasione della « Settimana della Germania settentrionale », ha nominato dottore *honoris causa* il prof. Gösta Forsell, di radiologia medica a Stoccolma.

Il prof. Frey di Stuttgarda è nominato professore di medicina interna e direttore della clinica medica dell'Università di Berna, quale successore del prof. Sahli, andato in riposo.

Il prof. Borchers di Tubinga è nominato direttore della Sezione Chirurgica del Luisen-Hospital in Aquisgrana.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Sergi Quirino in anatomia chirurgica e corso operazioni; Egidi Guido in clinica chirurgica e medicina operatoria.

NOTIZIE DIVERSE.

Il grande Policlinico napoletano.

Il nuovo grande ospedale di Napoli sorgerà a cura del Comune sulla collina dei Cangiani, distendendosi nella ubertosa zona compresa tra la strada Montedonzelli e lo Scudillo, a 255 metri sul livello del mare, e su un'area complessiva di circa 26 ettari.

Il luogo è dei più incantevoli, sia per la salubrità del clima e la quiete, sia per il panorama.

Davanti all'ingresso principale dell'edificio, sarà costruita una grande piazza della larghezza di 150 metri per una profondità di 60. In quel posto è attualmente un vallone, per riempire il quale occorrono 200.000 metri cubi di terra. Si accederà a tale piazza dalla costruenda strada, che unirà via Salvator Rosa alla grande arteria Arenella-Cangiani. Contemporaneamente, l'ospedale sarà allacciato alla zona di Capodimonte con l'allargamento della strada Capodimonte-Scudillo.

La vasta zona espropriata è di natura collinosa, per la cui sistemazione necessita uno sbancamento di oltre un milione di metri cubi di terra; la maggior parte del materiale di rifiuto occorrente sarà presa dal gruppo di case dell'ex-convento a Ponte S. Martino, che da solo darà oltre 300.000 metri cubi di terra.

Data la grande profondità a cui si trova il tufo della zona, è stato risolto brillantemente il problema delle fondazioni in cemento armato ad

archi rovesci, onde si ricaverà una grande economia per la costruzione dell'edificio.

Il piano ospedaliero avrà una pendenza di oltre il 2,50 per cento dal monte a valle e un'altra pendenza del 2,20 per cento da Monte Donzelli allo Scudillo.

Appena dopo l'ingresso, sorgerà l'edificio dell'amministrazione, di 120 metri di lunghezza e 50 di larghezza, il quale, per la facciata tipo classico e per dimensione e disposizione degli ambienti, avrà carattere monumentale. Esso consisterà di un ammezzato e di due piani, al primo dei quali sarà costruito un grande salone per conferenze, della misura di metri 26 per 15.

Inoltre, comporranno l'ospedale sedici grandi padiglioni e undici edifici per servizi annessi, così suddivisi: cinque padiglioni di chirurgia, quattro padiglioni di medicina, un padiglione di fisioterapia, uno per la maternità ed uno per il reparto anatomo-patologico.

L'ospedale conterrà anche sale di alloggi per gli infermieri, alloggi per le suore, cappelle, cucina, sale di disinfezione e lavanderia.

La capacità dell'ospedale è di circa 1050 letti, numero aumentabile a 1500 con i futuri ampliamenti delle zone non edificate.

Per i servizi dell'ospedale vi sarà una rete di gallerie sottostradali, della larghezza di metri 5,60 per un'altezza di metri 3.

Complessivamente saranno costruiti quattro chilometri di fognature secondarie e due chilometri di gallerie, per il che andranno impiegati oltre 500.000 metri cubi di muratura e 20.000 metri cubi di calcestruzzo. Tutta la fognatura della zona valliva è, intanto, in corso di ultimazione, e subito saranno iniziati i grandi scavi di sbancamento per livellare il terreno.

Per i movimenti di terra è in funzione un grande escavatore meccanico con quattro locomotive e oltre trecento carrelli.

Il circuito stradale dell'ospedale è costituito dalla strada di delimitazione a monte e dalla strada di delimitazione a valle per uno sviluppo di oltre tre chilometri, di una larghezza di quindici metri.

Sono presentemente addetti ai lavori 450 operai ed il loro numero sarà in breve portato a 700.

Si può ritenere che l'ospedale, al massimo fra tre anni, sarà un fatto compiuto.

I lavori sono stati visitati recentemente dalle LL. AA. Reali i duchi d'Aosta.

I nuovi padiglioni dell'Ospedale Psichiatrico di Capodichino.

L'Amministrazione provinciale di Napoli ha nel suo programma l'ampliamento dei locali dell'Ospedale psichiatrico di Capodichino al fine di permettere la riunione nell'edificio del Manicomio, di tutte le altre sezioni, adesso distaccate nelle altre case di cura della periferia e dei paesi limitrofi. Pertanto con cerimonia semplice sono stati inaugurati due altri padiglioni e un locale di ampliamento delle cucine.

Al piano sovrastante sono state arredate nuove sale di osservazione capaci di oltre duecento letti.

Le nuove installazioni sono attrezzate con i più moderni e completi sistemi di cura e di igiene e le autorità intervenute si sono vivamente congratulate con la direzione dell'Ospedale e gli esecutori dei lavori.

Dopo la benedizione dei locali inaugurati, le autorità che intervennero alla cerimonia si recarono in uno dei giardini e precisamente in quello ove è stato eretto un monumento al Fante, opera del ricoverato prof. Zavatti. L'infelice artista si è servito, per modello, di un altro ricoverato, il rag. Boccia, ed ha compiuto un'opera veramente degna. Il busto è collocato su di un piedistallo sul quale si legge la seguente dedica dettata dal prof. Sciuti: « Ai Combattenti che hanno fatto dono alla Patria della luce del loro intelletto ».

Per l'Istituto di igiene dell'Università di Siena.

Con Legge 20 giugno 1929, n. 1053, pubblicata nella « Gazzetta Ufficiale » del 3 luglio 1929, numero 153, viene approvata la Convenzione stipulata fra lo Stato, il Rettore della R. Università di Siena e gli Enti locali (Monte dei Paschi, Provincia), per la costruzione di un edificio per l'Istituto di Igiene di quella R. Università. La spesa totale è preventivata in L. 350 mila.

L'Istituto oncologico di Berlino.

È stato ora aggregato all'Università. Il direttore, Geh-Rat Blumenthal, è nominato professore straordinario; così pure la direttrice della Sezione per lo studio sperimentale delle cellule, dott.a Rhoda Erdmann.

Per una città universitaria mediterranea a Barcellona.

L'Istituto giuridico ibero-americano di Barcellona ha indirizzato al generale Primo De Rivera una petizione firmata da numerose personalità in cui si domanda che una parte della « città dell'Esposizione » con i suoi palazzi, i suoi padiglioni, la sua organizzazione urbana, sia adibita a « Città universitaria mediterranea ». I firmatari fanno presente che, se lo Stato e la Municipalità di Barcellona venissero in aiuto con una modesta sovvenzione, quanto prima la Spagna avrebbe un tempio per la divulgazione della civiltà mediterranea.

Ricordiamo che l'idea di creare una città universitaria internazionale con funzioni essenzialmente mediterranee, fu proposta alcune settimane or sono per Roma. Ne abbiamo già dato larga notizia e ci auguriamo che la grande idea che Guido Baccelli riuscì a perfezionare sino al grado di *Legge* dello Stato, anzi riuscì anche a inaugurare ufficialmente, non sia miseramente perduta.

Per la cura del cancro in Ungheria.

Il conte Ladislao Semsey, pel tramite del Ministro ungherese della Salute Pubblica, dott. Vass, ha posto a disposizione dell'Istituto per le Assicurazioni sociali 1300 milligrammi di radio pel valore di oltre 300.000 pengo, per la durata di due anni. Trascorso tale periodo il prezioso me-

tallo passerà definitivamente in proprietà al suddetto Istituto, il quale organizzerà quanto prima la progettata sezione per gli ammalati di cancro, sezione che comprenderà per ora trenta letti.

Scuola Medica Ospedaliera di Napoli.

Dal 4 novembre al 10 dicembre avrà luogo nella Scuola Medica dell'Ospedale Incurabili un « Corso di perfezionamento » in Medicina, Chirurgia e Specialità.

Nel corso di medicina generale saranno impartiti insegnamenti con scopi eminenemente pratici e di facile guida al moderno orientamento diagnostico.

Nel corso di chirurgia generale saranno eseguite operazioni chirurgiche e dettate lezioni di clinica e di tecnica operatoria.

Per le specialità saranno dettate lezioni di clinica delle malattie nervose, di oculistica, di dermosifilopatia, di malattie urinarie.

Le domande in carta semplice dovranno essere indirizzate al presidente della Scuola Medica Ospedaliera, prof. Gabriele Tedeschi, non più tardi del 30 ottobre, e consegnate all'Ispettore degli Incurabili sig. Giuseppe Renzi, dal quale potranno essere fornite le notizie, riguardanti il Regolamento della Scuola.

Verrà rilasciato a coloro che avranno seguito con assiduità le lezioni e le esercitazioni pratiche, alla fine del corso, un regolare certificato.

Scuola di perfezionamento di Clinica Pediatrica a Napoli.

Il 18 novembre avrà inizio presso l'Istituto di Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli, un corso di perfezionamento per laureati, della durata di due anni scolastici (1929-30, 1930-31).

Le materie di insegnamento sono le seguenti: 1) Semiotica del bambino e tecnica diagnostica; 2) Fisiologia del bambino; 3) Patologia del neonato e del lattante; 4) Clinica Pediatrica; 5) Patologia della crescenza; 6) Malattie di orecchio, naso e gola dei bambini; 7) Malattie dei denti e protesi dentaria; 8) Malattie degli occhi; 9) Chirurgia ed ortopedia nell'infanzia; 10) Psicologia e neuropatologia infantile; 11) Igiene infantile e puericoltura.

Gli esami di profitto saranno dati in due gruppi, uno alla fine del primo e l'altro alla fine del secondo anno. Al termine del biennio gli iscritti conseguiranno il diploma di perfezionamento che dà diritto alla qualifica di « specialista pediatra », secondo l'art. 4 del R. D. 31 dicembre 1923, numero 2990.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Clinica Pediatrica (S. Andrea delle Dame 4, Napoli 157); per tutto quanto riflette la iscrizione, alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Napoli.

Scuola per specialisti radiologi a Milano.

La Scuola di perfezionamento per specialisti radiologi presso l'Istituto di Radiologia della R. Università di Milano (piazza Gorini 20) inizierà i corsi in novembre; le iscrizioni si ricevono a tutto ottobre, presso la Segreteria della Facoltà di Medicina, Corso Roma 10, Milano. Gl'insegnamenti saranno impartiti dal prof. F. Perussia, direttore, e dai proff. E. Pugno Vanoni, O. Alberti, G. Meda, A. Ratti, L. M. Asti, E. Viganò. Chiedere il programma al direttore della Scuola.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi.

Sotto la presidenza del prof. Eizaquirre, dal 15 al 30 settembre si svolge a S. Sebastian (Spagna) un corso di lezioni sulla tubercolosi, al quale furono invitati, per tenervi conferenze, i proff. Sauerbruch (Germania), Labbé (Francia), Redaelli (Italia) e le maggiori personalità della medicina spagnuola. Il corso, ampio ed importante sarà integrato da visite ai principali istituti antitubercolari spagnuoli.

Ai corsi internazionali di Karlsbad.

Il prof. Luigi Zoia, direttore della Clinica medica della R. Università, invitato dalla presidenza degli « Arztliche internationale Fortbildungskurse » di Karlsbad, vi tenne il 16 corr. una lezione sul ricambio emoglobinico (formazione e distruzione del pigmento sanguigno) nel sano e nel malato, comunicandovi anche i risultati delle ricerche che furono compiute o che sono in corso nella Clinica medica milanese.

230 mila bambini nelle Colonie fasciste.

L'iniziativa presa, anche quest'anno, dal P. N. F. per l'invio di bambini e giovanetti alle colonie marine, montane, elioterapiche ed ai campeggi in genere, ha ottenuto notevole sviluppo.

Dai dati raccolti per mezzo dei Prefetti risulta che 228.180 bambini, oltre quelli provenienti dall'estero, hanno fruito di dette colonie.

Le provincie che vi hanno partecipato sono le seguenti: Milano, con 29.000 bambini, Roma con 13.309, Alessandria 13.173, Bergamo 8793, Napoli 8140, Modena 7557, Venezia 7364, Torino 7300, Pavia 6611, Brescia 6550, Bologna 5354, Verona 5200, Varese 4169, Firenze 4150, Genova 4129, Cremona 3518, Padova 3325, Perugia 3170, Novara 9072, Como 2933, Udine 2834, Mantova 2716, Trento 2571, Trieste 2414, Pescara 2360, Reggio Emilia 2295, Livorno 2288, Ferrara 2284, Vercelli 2268, Ravenna 2262, Forlì 2200, Vicenza 2146, Treviso 2055, Parma 2048.

Nessun governo in nessuna parte del mondo ha fatto altrettanto.

Colonia profilattica per anormali psichici educabili.

Si è chiusa dopo 40 giorni di regolarissima attività questa provvida istituzione della Federazione dell'Urbe, Istituzione originale inquantochè mai finora nè in Italia, nè altrove, i bambini anormali psichici educabili potevano fruire del beneficio delle cure climatiche.

Per iniziativa del prof. Ferruccio Banissoni degli asili-scuola di Roma, subito accolta dall'avv. Aldo Vecchini, segretario politico della Federazione fascista dell'Urbe e dall'avv. Igino Pinci, segretario amministrativo, la prova è stata tentata ed è riuscita perfettamente. L'Istituzione si è dimostrata provvida, dacchè tra gli anormali psichici la percentuale dei predisposti alla tubercolosi è altissima.

I venticinque ospiti della colonia dimostrano a cura finita, con il generale aumento di peso (in alcuni di 4-5 kg.), con l'aumento della circonferenza toracica, ecc. di essere più agguerriti contro l'insidiosa malattia.

L'azione antitubercolare in provincia di Firenze.

A cura del Consorzio antitubercolare, varî dispensari funzionano a Firenze e provincia: la città è stata divisa in tre grandi distretti; in provincia è stato disposto di creare un dispensario a Empoli e di riordinare quello già esistente a Prato; è stata anche esaminata la possibilità di un autodispensario.

Il Consorzio ha allo studio il progetto di un vasto Sanatorio per gli abacilliferi e per i recuperabili, che sorgerà in uno dei colli fiorentini.

Il Consorzio si fece iniziatore di uno speciale corso sulla tubercolosi a cui, con ottimi resultati, parteciparono i medici condotti di tutta la Provincia.

Altre istituzioni antitubercolari e sussidiarie della Provincia, per la maggior parte collegate al Consorzio antitubercolare, sono numerose: il Sanatorio-Spedale di Careggi del Regio arcispedale di Santa Maria Nuova che accoglie una media giornaliera di oltre 300 tubercolosi di ambo i sessi con lezioni aperte; l'Ospedale e Convalescenziario Marittimo di Viareggio della Società Ospizi Marini di Firenze, che accoglie circa 400 malati all'anno; il Reparto tubercolotici dello Spedale Misericordia e Dolce di Prato che dispone di 42 letti con una media di 20 spedalizzati; la Casa di Cura per tubercolosi Villanuova (istituzione privata) di Firenze.

Tra i Dispensari troviamo: Dispensario Umberto I della Società fiorentina contro la Tubercolosi; Dispensario Bazzanti della C. R. I. (Circoscrizione di Firenze); Dispensario Filiberto di Savoia degli Invalidi di Guerra; Dispensario antitubercolare di Prato e sezione lattanti; Sezione Antitubercolare dell'Ambulatorio di S. Domenico a Fiesole; Assistenza rionale per tubercolosi di Firenze; Ufficio antitubercolare del Comune di Fiesole: questi Dispensari eseguiscono annualmente migliaia e migliaia di consultazioni, iniezioni ipodermiche, rifornimenti Forlanini, radioscopie, radiografie, ecc.

Tra gli istituti di prevenzione notiamo: Sanatorio Preventivo Regina Elena e Colonia Vittoria per bambini, figli e parenti di tubercolotici; Asilo Climatico permanente di Signa della Società Fiorentina contro la tubercolosi; Preventorio Anna Torrigiani della Circoscrizione di Firenze della Croce Rossa Italiana; Rifugio immediato e temporaneo per fanciulli abbandonati fra i quali molti appartenenti a famiglie di tubercolotici; Scuola all'aperto della Società Fiorentina contro la tubercolosi; Scuole all'aperto del Comune di Firenze.

Tra gli Ospizi Marini e Colonie: quelle marine dell'Ente dei figli del popolo (Firenze), della Sezione Femminile del P. N. F. di Firenze; la colonia Elioterapica Italia della Sezione femminile del P. N. F. di Firenze; l'Ospizio Marino di Calambrone per donne e ragazzi; le Stazioni scolastiche alpine del Comune di Firenze; l'Opera degli Ospizi Marini e Colonia Alpestre della Sacca di Prato; il Comitato degli Ospizi Marini di Empoli.

I Preventori principali come quello di Antignano a cura dell'Ente Figli del Popolo, il convalescenziario di Viareggio della Società Ospizi Marini di Firenze, non possono accogliere bambini di età inferiore ai quattro anni a causa del loro sistema organizzativo.

Molto probabilmente però, a cura del Consorzio, i più piccini saranno ospitati nel Preventorio Anna Torrigiani della C. R. I.

Bollettino del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Abbiamo già richiamato l'attenzione su questa pregevole pubblicazione, eseguita a cura del Ministero dell'Economia Nazionale (Direzione Generale del Lavoro, della Previdenza e del Credito).

Oggi che la medicina tende ad assumere sempre più carattere sociale, i medici potranno tenersi al corrente — attraverso questo periodico — dei problemi più dibattuti nel campo medico-sociale e potranno anche attingervi notizie e informazioni sicure e interessanti.

Speciali rubriche sono consacrate a: Previdenza, assistenza ed assicurazioni sociali; Protezione, igiene e sicurezza del lavoro; Ispezione del lavoro.

L'ultimo fascicolo, che reca la data di maggio-giugno, consta, nelle sue quattro parti, di circa 400 pagine: un vero volume.

L'abbonamento importa L. 50 per l'Italia, lire 100 per l'estero; per un semestre metà; un numero separato L. 5 in Italia, L. 10 all'Estero. Rivolgersi al Provveditorato Generale dello Stato, via XX Settembre 19, Roma.

Nella stampa medica.

È annunziata la pubblicazione dello « American Journal of Stomatology » a cura della « Stomatologic Reference Library, Inc. » (New York, East 40th Street 124-6). È destinato ai progressi della scienza e della pratica della stomatologia (odontologia; chirurgia, medicina e igiene orali). Interesserà così i medici specialisti, come i medici generici. Conterrà lavori originali, articoli redattoriali, recensioni, rubriche sull'insegnamento e sugl'interessi corporativistici; una rubrica sarà aperta alle discussioni. La rivista avrà periodicità trimestrale. Augurî.

13° Concilium ophthalmologicum.

Si è svolto ad Amsterdam, dal 5 al 13 corr., il 13° Congresso internazionale di oftalmologia, nei locali dell'Istituto Coloniale. All'inaugurazione intervenne la Regina Madre, che pronunziò il discorso d'apertura; parlarono il presidente prof. Van der Hoede e vari delegati, tra cui per l'Italia il prof. Lodato di Palermo, in lingua latina.

L'affluenza di congressisti di tutto il mondo è stata veramente enorme: oltre un migliaio. Tra gl'italiani erano i proff. Ovio, Angelucci, Lodato, Baslini, Bardelli, Grignolo, Giulianetto, Maggiore, Mura, Rossi, Roselli, Valenti, Colangeli, Mazzantini, Mezzatesta, Bressanin, Fracassi, Durante ed altri numerosi. Essi si sono riuniti a banchetto nell'Hôtel Europa.

Degna di nota l'esposizione di strumenti di chirurgia oculare e di ottica nonchè quella di libri moderni e antichi sulla specialità.

Il comitato ordinatore ha compiuto opera mirabile di ospitalità, organizzando gite, concerti, ricevimenti, tra cui sontuoso riuscì quello al Palazzo Reale.

Il venturo Congresso si adunerà nel 1932 in Spagna.

Congresso internazionale di demografia.

Il Congresso dell'Unione internazionale per lo studio dei problemi della popolazione, che sarà tenuto a Roma nel mese di giugno del 1931, è il secondo della serie (il primo ebbe luogo a Parigi nel 1928) e avviene con l'assenso del Capo del Governo italiano, il quale è anche presidente onorario del Comitato italiano per lo studio dei problemi della popolazione. Alla Unione internazionale aderiscono Comitati di parecchi Stati. A tutt'oggi risultano costituiti o in via di costituzione, oltre quello italiano, i Comitati nazionali di una ventina di Stati. L'Unione è diretta da un Comitato esecutivo composto dal prof. Raymond Pearl e sir Bernard Mallet.

Questo Comitato esecutivo ha già assicurato il funzionamento di tre Commissioni scientifiche dedicate allo studio di particolari problemi: la prima presieduta da E. M. East si occupa del problema della popolazione in rapporto alle risorse alimentari; la seconda presieduta da F. A. E. Crew, si occupa delle questioni inerenti alla fecondità, sterilità e fertilità differenziale; la terza presieduta dal prof. Corrado Gini, presidente dell'Istituto centrale italiano di statistica, si dedica allo studio della demografia delle razze primitive.

10° Congresso belga di neuro-psichiatria.

Si preannunzia a Liegi per i giorni 26 e 27 luglio 1930, in occasione del centenario dell'indipendenza belga e del 60° anniversario della Società di Medicina Mentale del Belgio. Alla presidenza d'onore è stato chiamato il prof. X. Francotte. Temi: « Le angioneurosi », relatori Divry e Moreau; « Disturbi congeniti del linguaggio », relatore J. Ley. Una seduta sarà riservata alle comunicazioni. Quota: 50 franchi belgi. Segretario: Dr. Leroy, rue Hemricourt 40, Liége, Belgio.

6° Congresso universitario internazionale.

Ha avuto luogo a Ginevra il 6° Congresso universitario internazionale indetto dalla Società delle Nazioni; vi hanno partecipato i rappresentanti di una ventina di Nazioni, compresa l'Italia.

Club medico internazionale.

È stato fondato a New York con un vasto programma diretto in specie a promuovere i rapporti tra i medici americani e quelli stranieri residenti negli Stati Uniti; a sviluppare la conoscenza delle organizzazioni scientifiche, tecniche ed ufficiali dei Paesi stranieri negli Stati Uniti e viceversa; a facilitare l'introduzione di medici stranieri negli Stati Uniti e viceversa. Verranno organizzate delle adunanze sociali. Per informazioni rivolgersi al Dr. Fred H. Albee, East 40th Street 30, New York City, S. U. d'A.

Viaggio di medici in Egitto, Palestina e India.

È organizzato dal dott. Friedrich Barach di Vienna.

La partenza avrà luogo il 12 dicembre 1929 da Trieste; si prosegue per Venezia, Fiume, Bari, Brindisi, Patrasso, Pireo (Atene), Canea, Candia, Alessandria, e in ferrovia al Cairo. Dopo un soggiorno di alcuni giorni i partecipanti si divideranno in due gruppi: uno si dirigerà verso l'alto Egitto visitando Luxor ed Assuan ed eventualmente anche la Palestina; l'altro gruppo s'imbarcherà il 25 dicembre a Porto Said, toccherà Suez, Massaua, per sbarcare quindi a Karachi in India. In India si visiteranno le città più importanti come Lahore, Delhi, Jaipur, Agra, Bombay, ecc. e varî ospedali: Lady Dufferins Hospital a Karachi, Lady Hardings Medical College and Hospital di Delhi, Eye Hospital di Agra ed Arthur Road Hospital di Bombay.

I medici che desiderano prendere parte a tale viaggio, riceveranno informazioni dettagliate per lettera rivolgendosi alla Aerztliche Auslands-Studienreisen, Biberstrasse 11, Wien I (Austria).

Medici stranieri nel Trentino.

Una comitiva di un centinaio di medici stranieri, docenti universitari e specialisti tedeschi, olandesi, svedesi, polacchi, inglesi e francesi e di altre Nazioni hanno iniziato il 13 corr. un viaggio di studio nelle principali stazioni climatiche e luoghi di cura del Trentino, recandosi alla Mendola.

I malati di mente negli Stati Uniti.

Il « Public Health Bulletin » degli Stati Uniti pubblica le statistiche sui malati di mente ricoverati in 35 Stati dell'Unione, nel distretto di Columbia e nel territorio delle Hawai: al 30 aprile 1928, in 114 istituzioni risultavano ricoverati 107.199 infermi, con un rapporto di 114 maschi su 100 femmine.

L'ostracismo alle specialità medicinali estere in Ungheria.

L'Associazione medica di Budapest ha deliberato di dare l'ostracismo alle specialità farmaceutiche estere. In una conferenza, alla quale presero parte, oltre ai medici, anche i rappresentanti dell'industria ungherese dei medicinali, i redattori dei giornali professionali e i farmacisti, fu stabilito: d'invitare tutti i medici ungheresi a prescrivere soltanto specialità nazionali; di compilare un elenco dei prodotti esteri sostituibili coi nazionali; d'invitare tutti i farmacisti a esporre nelle vetrine delle rispettive farmacie soltanto prodotti ungheresi.

Prigione galleggiante al Giappone.

Il Ministro della Giustizia del Giappone ha istituito una prigione galleggiante, su di una nave da guerra riformata: i 1500 giovani dell'equipaggio sono stati scelti nelle varie prigioni del Giappone e compiono un'istruzione di 6 mesi; ricevono anche nozioni di meteorologia, di pesca

e su altri mestieri adatti alla vita di mare. Lo scopo è di far condurre loro una vita di lavoro e, al tempo stesso, d'insegnare loro dei mestieri utili, nella lusinga di redimerli.

Un medico che dà il suo sangue.

Il prof. Quarella, primario all'Ospedale Maggiore in Torino, ha offerto generosamente il proprio sangue per salvare una paziente che presentava una gravissima emorragia interna da gestazione ectopica.

BIBLIOGRAFIA ITALIANA.

Norme per la preparazione dei sunti da parte degli Autori.

Per ottemperare alle istruzioni emanate dal Consiglio nazionale delle Ricerche, che tendono ad organizzare la Bibliografia scientifico-tecnica italiana, in modo tale da adempiere veramente allo scopo per cui fu voluta dal Capo del Governo, cioè di mettere in evidenza razionalmente, l'attività italiana nel campo della scienza e delle sue applicazioni, occorre che tutti gli articoli, pubblicati nelle più importanti Riviste siano accompagnati da un breve sunto redatto dallo stesso Autore.

Perciò gli Autori sono pregati di inviare insieme al manoscritto od alle bozze corrette il breve *sunto richiesto.*

Il sunto non dovrà superare le 5 o 6 righe; solo in casi eccezionali potrà arrivare fino a 10 righe. Tale sunto è destinato appunto ad essere poi pubblicato nella Bibliografia scientifico-tecnica italiana curata dal Consiglio nazionale delle Ricerche.

È morto il prof. T. COHN, noto neurologo di Berlino, autore di un reputato manuale sull'elettrodiagnosi.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 26 lug. — BACHMUND. Radioterapia dei tumori cerebr. — K. EHRHARDT. Atrofia genitale e ormone del lobo ant.

Mediz. Welt, 27 lug. — A. ROLLIER. Basi dell'elioterapia.

Med. de los Países Cálidos, lug. — A. ARAVANTINOS. Patogenesi e trattam. dell'emoglobinuria malarica.

Deut. Med. Woch., 26 lug. — OTTO e BLUMENTHAL. Immunizzaz. attiva contro la difterite. — RIESE. Errori nella concezione di costituzione.

Zbl. f. Chir., 27 lug. — W. BRANDESHY. Eziologia della torsione dell'omento. — M. J. LORIN-EPSTEIN. Insufficienza ileo-valvolare.

Arch. Med.-Chir. de l'Appareil Resp., 1. — M. V. POZZE. Le sclerosi bronco-polmonari. — L. HALLION. Fisiologia norm. e patol. dei muscoli bronchiali.

Ann. de Méd., giu. — G. PAISSEAU e V. OUMANHY. Reumatismo tubercolare. — M. PETZETAKIS. Colecistite amebica.

Arch. Mal. du Coeur ecc., lug. — M. LETULLE e al. Arteriti diabetiche. — M. MANDELSTAMM e al. Riflessi cardiaci vegetativi.

Arch. Argent. Enferm. Ap. Dig. ecc., 5. — L. URRUTIA. Ulcere gastro-duoden. perforate. — R. NOVARO. Ulcere iuxta-cardiache.

Rev. Med. Chile, giugno. — MARAÑON. La omosessualità come stato intersessuale.

Minerva Medica, 28 luglio. — A. SEGATO. La tub. del bacino.

Rev. de Chirurgie, n. 4. — H. OBERTHUR. La natura delle artropatie tabetiche.

Le Scalpel, 27 lug. — CH. RAHIER. La bilirubinemia nell'insuff. epatica.

Ann. Inst. Pasteur, lug. — Diversi lavori sul B. C. G.

Ned. Tijds. v. genesk. 27 lug. — DE SNOO. Sulla trombosi.

Verspijck Mijnssen. — Trattam. combinato della malaria con la chinina e la plasmochina.

Le Sang, n. 4. — F. FRANÇON. Valore diagnostico del dosamento dell'acido urico nel sangue. — EMILE-WEIL. Anemie di Biermer resistenti alla cura epatica.

Bull. Méd., 27 lug. — Num. monografico sulle mal. infettive.

Studium, 30 lug. — MEGA. Cirrosi biliare ipersplenomegalica. — S. TAVIANI. Mal. della polpa dentaria.

Med. Ibera, 27 lug. — VIERA RAFECAS. Variazioni nell'indice di profondità ventricolare.

Paris Méd., 27 lug. — RODET. Sieroterapia della f. tifoide. — C. LIAN. Angor acuto coronarico febbrile.

Riforma Medica, 27 lug. — C. CATTANEO. Vaccinazione antitub. preventiva.

Radiologia Medica, ag. — V. UTILI. Reperto di corpi estranei nello stomaco. — E. CONTE. Azione biologica di radiaz. a varia lunghezza d'onda. — ARNONE. Fisiopatologia clinica dello scheletro.

Riv. di Clin. Pediatr., lug. — LO PRESTI SEMINARIO. Le infezioni associate nell'infanzia. La plasmochina nella malaria infantile.

Arch. Ital. di Chirurgia, fasc. 2. — V. BONOMO. Patogenesi dello shock traumatico. — LOSIO. La correzione dello stomaco ptosico.

Pediatria, 1 ag. — M. Miraglia. Terapia insulinica nei lattanti distrofici. — A. Zallocco. Problemi dell'allattamento.

Ann. Ostetr. e Ginec., lug. — E. Momigliano. Diabete insipido e gravidanza.

Riv. Osped., giu. — G. Borruso. Sist. di formazione e conduz. degli stimoli del cuore.

Tubercolosi, giu. — F. Parodi. Nuovo apparecchio per oleotorace.

Fortschritte der Therapie. — Rosenstern. Il trattamento della polmonite infantile all'aria libera.

Morgagni, 28 lug. — U. Rudinn. Il delirio acuto da influenza.

Cordoba Medica, apr. — Ramirez. I disturbi mentali nella sindrome Parkinsoniana.

Gazz. Osped. e Clin. — Clerici. L'ipotonia nervosa. — G. Galli. La neurosi mitralica.

Journ. Am. Med. Ass., 20 lug. — Ewing ed altri. Il servizio medico per i cancerosi agli Stati Uniti. — Margolis. Emicrania e pentosuria cronica. — Rowertree. Poliartrite.

Soc. Chirurgiens Paris, 10 giu. — Frick. Indicazioni chirurgiche nella trombosi cronica splenica e portale. — 10 lug. Mac Donald. Amebiasi cronica simulante la cistite.

Journ. Praticiens, 3 ag. — Ricux. Le endocarditi acute.

Paris Méd., 3 ag. — Num. monograf. dedicato alla educazione fisica, sport, medicina scolastica.

Clin. e Ig. Infantile, lug. — Peola. La glicemia e la tiemia infantile. — Mensi. La sifilide congenita.

Am. Journ. Obst. a. Gynec., lug. — Stander e Harrison. Il metabolismo dei carboidrati nell'eclampsia. — Williams. Classificaz. delle tossiemie gravidiche. — Corsell. La pressione sanguigna nelle gravide.

Journ. Méd. Paris., 1 ag. — Loeper e Tonnet. Le grandi azotemie.

Giorn. di Med. Milit., ag.-sett. — Lapponi. Valore terap. della plasmochina.

Mediz. Pregled, lug. — Boric. Trattamento della leucemia con la malaria.

Med. Ibera, 3 ag. — Vallejo Nagera. La suggestione, l'ipnotismo, ecc. nell'eziologia della neurosi. — De La Portalla. Terapia endoarteriosa.

Rif. Med., 3 ag. — Gamna e Tommasi. Il linfogranuloma venereo. — G. Gianturco. L'infiammabilità delle pellicole cinemat. ed i pericoli derivanti.

Riv. di Clin. Med., 30 apr. — Lunedei e Giannoni. Fenomeni da stasi e da ischemia nelle sindromi emorragiche.

Indian Med. Research, giu., supplemento. — Knowhs ed altri. Immagini erronee ed imbarazzanti negli strisci di sangue.

Bull. Méd., 3 ag. — David. Il batteriofago ed il virus enticolibacillare nelle colecistiti.

Presse Méd., 31 lug. — Cruchet. L'encefalite letargica e l'encefalomielite epidemica. — 3 ag. Soltrain e Lévy. Anuria con azotemia transitoria. — Bayze e Mayer. La scarlattina puerperale.

Lancet, 3 ag. — Crawford. Glicosuria renale. — Moore. Dosamento colorimetrico della vitamina A.

Arch. Mal. App. Dig. et Nutr., giu. — Okuniewski. La dilatazione idiopatica dell'esofago. — Jeannenet. L'importanza dell'infezione nelle emorragie delle ulceri gastr.

Rivista Terap. Moderna e Med. Pratica, Milano, agosto 1929. — Lavori premiati Congresso Rivendicazioni scient. ital. — Talassoterapia considerata come branca terap. fisica. — Isole Italia in rapporto alla talassoterapia. — Pubblicazioni riguardanti la Idroclimatologia e Talassoterapia. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 30 Settembre 1929 Num. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE
SEZIONE PRATICA
REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CIVICO OSPEDALE DE HIRSCH DI SALONICCO.

L'ernia della vescica.

Prof. dott. ENRICO SCIAKY, chir. prim. emerito.

Essendomi occorso di operare recentemente un caso di diverticolo vescicale erniato a traverso il canale inguinale destro, con esito brillante, credo utile di pubblicarne la storia clinica, passando prima in breve rassegna lo studio clinico patogenetico delle ernie vescicali.

Tre sono le varietà di ernie della vescica:

le *extraperitoneali*, costituite in genere dalla parete anteriore ed extraperitoneale della vescica scivolata in basso. Esse sono abbastanza rare, ed, incontrandole, ci si dovrà domandare sempre se non vi sia stato concomitante tuttavia un piccolo sacco erniario laterale passato inosservato;

le *paraperitoneali* sono le più frequenti di tutte le ernie della vescica, chiamate anche *ernie miste della vescica* od *entero-cistoceli* da qualche autore (Forgue, Lossen, ecc.): esse sono costituite da un sacco erniario vero al davanti e all'esterno contenente l'intestino, e la vescica gli è intimamente accollata all'interno e all'indietro;

le *intraperitoneali*, che a rigor di termini sono le uniche che si possano veramente considerare quali ernie della vescica, nel senso proprio della definizione di ernia e che costituiscono la varietà più rara di esse. È in genere, in esse, la parte più alta della vescica, quella più intimamente ricoperta dal peritoneo che scende nel canale erniario, piegandosi a gomito.

A seconda poi della porta d'uscita erniaria, distinguiamo un'*ernia vescicale inguinale obliqua interna* che costituisce in ordine di frequenza nella statistica di Eggenberger il 53 % di tutti i cistoceli, e, stando sempre alla stessa statistica, le *ernie crurali della vescica* nel 27 % dei casi; le *ernie inguinali dirette* nel 17 %, ed in via rarissima e quasi eccezionali da ultimo, le *otturatorie*, le *ischiatiche*, le *perineali* e *quelle della linea alba*.

Patogenesi. — Alla costituzione di un'ernia della vescica è necessario anzitutto la *distensione* della sua parete, che favorisce la sua

estensione verso i canali erniari e la *diminuzione di contrattilità* della stessa parete, che non potrà più a tale cagione ritrarsi spontaneamente nel bacino dopo ogni minzione. La diminuita resistenza della parete addominale aggiunta alle altre cause, sarà ottimo momento favorevole all'ernia.

Anche un lipoma preerniario potrà esercitare una certa trazione sulla vescica, senza tuttavia spiegare per essa quell'importanza patogenetica che gli hanno attribuito Monod, Delagenière e Roser.

È merito dell'Alessandri, però, di aver attirato l'attenzione, in uno studio completo sull'argomento, corredato da interessanti e convincenti esperimenti sul cadavere, sulle alterazioni della vescica provocate dall'ipertrofia prostatica e dai restringimenti uretrali, quali cause produttrici di sfiancamenti laterali dell'organo, con conseguente indebolimento e flaccidità delle pareti resesi spesso anche aderenti al peritoneo parietale da processi flogistici concomitanti. Egli ha inoltre attirato l'attenzione sulle alterazioni congenite ed acquisite della vescica, quali ad esempio i diverticoli vescicali congeniti e la forma congenitamente o secondariamente asimmetrica della vescica, quali fattori straordinariamente favorevoli alla genesi del cistocele. Teoria questa che credo oltremodo convincente e sicura e che dimostra anche questo mio caso.

Sintomi e diagnosi. — Le ernie della vescica sono in genere reperti operatorii fortuiti, non diagnosticati prima dell'intervento. Bisogna, per scoprirle, ricercare innanzi tutto il carattere della incompleta riducibilità del tumore erniario; la sua variabilità di volume a seconda dello stato di vacuità o di ripienezza della vescica e non a seconda dell'impulso degli sforzi dell'addome (tosse, starnuto, ecc.). Si domanderà all'infermo se ai tentativi di riduzione dell'ernia segua spesso il bisogno di mingere, se presenti certi segni di disuria, di tenesmo vescicale; se ha mai bisogno di assumere certi speciali atteggiamenti per urinare, ricorrendo fino alla compressione dell'ernia per svuotare completamente la vescica, ciò che può assumere il segno della *doppia minzione* quando, a minzione espletata, il paziente provi, d'improvviso e subito dopo, un altro impellente bisogno di urinare per svuotare la quantità d'urina che era contenuta nel suo diverticolo vescicale.

Anche l'introduzione di un catetere rigido in direzione del tumore erniario potrà provocarne lo svuotamento o rendersi palpabile in esso.

La cistoscopia può servire alla diagnosi come pure la cistoradiografia può rivelare la presenza di un diverticolo erniario (Voelcker e Lichtenberg).

Durante l'operazione si penserà sempre all'ernia della vescica che si ricercherà medialmente al sacco, preceduto generalmente da un lipoma, con i fasci muscolari della vescica che si riconoscono alla disposizione caratteristica a rete e che dovranno specialmente attirare l'attenzione dell'operatore nelle ernie extraperitoneali e intraperitoneali quando, per inavvertenza, si possa scambiare la vescica per il sacco o per un secondo sacco erniario incluso nel primo e se ne incominci a incidere il grasso. Nei casi dubbi si ricorrerà alla prova del catetere, al riempimento della vescica od all'incisione cistitica esploratrice che, secondo Brunner, è quasi scevra di ogni pericolo..

In casi di lesione accidentale della vescica, non riconosciuta all'intervento, si avrà anuria per fuoriuscita delle urine dalla ferita vescicale: le urine che potranno eventualmente uscire dall'uretra saranno scarse ed ematiche: fenomeni peritoneali accompagneranno le lesioni vescicali intraperitoneali e, nel caso che la vescica sia stata compresa nel laccio, l'infiltrazione di urina della piaga al cadere del laccio sarà regolarmente constatata con tutti i pericoli conseguenti alla sua ubicazione.

La *prognosi* sarà benigna nel caso che si sia agito correttamente durante l'operazione; riservata e grave nel caso di lesione accidentale non trattata adeguatamente, specie se è intraperitoneale e tanto più se le urine erano infette.

Terapia. — È da consigliare sempre l'intervento radicale, trattandosi di ernie raramente riducibili completamente. In caso di ferite accidentali si suturerà la ferita a 3 piani lasciando una sonda in vescica per otto giorni ed un drenaggio nella ferita operatoria di chelotomia. Quando si può ridurre completamente l'ernia vescicale, la si ridurrà trattando l'ernia come al solito.

In caso di urine infette si potrà anche fare una cistostomia nella parte operata od eventualmente anche la classica mediana, drenando però sempre la ferita operatoria.

In caso di infiltrazione urinaria secondaria della ferita operatoria, per lesione della vescica passata inosservata all'intervento, si sbriglierà e drenerà il focolaio operatorio, mettendo un catetere a permanenza in vescica. Ove si avesse a sospettare una lesione intraperitoneale della vescica, per i fenomeni di peritonite incipiente e l'assenza di urine o la

loro scarsità, specie se colorate di sangue, si sbriglierà largamente la ferita operatoria per ricercare e suturare la ferita vescicale: si eseguirà insomma una laparotomia, per asciugare attentamente tutta l'urina contenuta in cavità, adoperando, ove lo si abbia, l'aspiratore elettrico utilissimo nel caso e drenando da ultimo correttamente.

Nel caso si trattasse, come nel mio caso, dell'ernia di un diverticolo vescicale, lo si esciderà in toto al di là del suo colletto d'impianto vescicale, suturando poi la vescica a 3 piani. Per ultimo si dovrà sempre lasciare un catetere a permanenza in vescica, drenando o no la ferita operatoria a seconda dell'abitudine e della sicurezza dell'operatore.

Citerò ora in succinto il caso clinico occorsomi recentemente che credo utile di divulgare, specie dal punto di vista della patogenesi di queste ernie.

B. Dimitrios, di anni 40, senza antecedenti ereditari nè famigliari, si presenta all'ospedale de Hirsch in cui dirigo da dieci anni il servizio chirurgico, per essere operato d'urgenza d'un'ernia inguinale destra strozzata.

È un individuo di sana e robusta costituzione fisica, non ricorda gli esantemi dell'infanzia, non ha mai sofferto di blenorragia, nè di restringimenti uretrali, non ha la prostata ipertrofica, nega lues.

Racconta solo d'avere da molti anni un'ernia inguinale che non è mai riuscito a ridurre e contenere col cinto, e di aver spesso rimarcato, sin da giovane che dopo d'aver finito di urinare, per un certo grado di tenesmo vescicale, ove premesse fortemente sull'ernia, tornava ad avere immediatamente l'emissione di una certa quantità di urina. Ha notato pure che l'urina era qualche volta di colore leggermente emorragico.

Improvvisamente in seguito ad uno sforzo, l'ernia si è ingrossata questa mane, 9 febbraio 1929, rendendosi assolutamente irriducibile, per cui ricorre lo stesso giorno al mio Ospedale dove lo opero lo stesso giorno nel pomeriggio in cloreteronarcosi regolare.

Chelotomia: si scopre ed isola un grosso sacco che si apre, riducendo nell'addome delle anse del tenue cianotiche ma che riprendono facilmente subito dopo toltone l'agente di strozzamento. Ci si accorge però a questo momento di una massa voluminosa, quanto un grosso mandarino, assomigliante ad un sacco erniario ricco in adipe, posta all'interno del sacco primitivo. Mi vien fatto subito di pensare all'ernia della vescica che riconosco all'intervento con tutta facilità. Lo isolo cercando di ridurlo, ciò che mi riesce impossibile: lo preparo attentamente e mi accorgo allora che si impianta sulla vescica con una parte circolare più ristretta, di una circonferenza di circa 4 cm. Rassicuratomi previa introduzione d'un catetere metallico ed il riempimento forzato della vescica con soluz. di ossicianuro di mercurio che rigonfia anche il mio tumore che si tratta di un diverticolo vescicale, procedo alla sezione della vescica al di là dell'impianto del diverticolo, suturando quindi a 3 piani la vescica. Cura radicale dell'ernia alla Bassini; piccolo tubo di gomma in corrispondenza alla sutura vescicale e sutura quasi totale della parete con le grappette di Michel.

Il 3° giorno tolgo il tubo di gomma dalla ferita completamente secca e sostituisco con un altro il catetere vescicale. Al 4° giorno tolgo le grappette di Michel ed all'8° la sonda vescicale. Guarigione per prima della ferita operatoria: le urine leggermente ematuriche nelle primissime ore sono diventate normali alla fine della settimana.

L'infermo completamente guarito lascia il mio servizio il 25 febbraio 1929. D'allora ho avuto occasione di rivederlo più volte: la cura dell'ernia è ben riuscita: egli gode ottima salute, non ha più segni disurici ed il fenomeno della doppia minzione è definitivamente scomparso.

Si trattava evidentemente in questo caso di un diverticolo vescicale e non di una cellula visto che la sua parete era costituita da tutte le tuniche vescicali e non dalla sola mucosa erniata a traverso le fibre muscolari.

Il caso si presta a due considerazioni: di indole patogenetica la prima, per l'importanza del diverticolo vescicale, probabilmente congenito, quale fattore patogenetico importante per l'ernia della vescica; terapeutica l'altra, per la benignità assoluta di queste cistectomie parziali associate alle cure radicali dell'ernia, purchè fatto in buone condizioni e con tecnica corretta e impeccabile.

RIASSUNTO.

L'A. mette in rilievo l'importanza delle anomalie vescicali congenite (diverticoli) quale fattore patogenetico dell'ernia della vescica e conferma la benignità operatoria delle cistectomie parziali nelle cure radicali di tali ernie.

LETTERATURA.

ALESSANDRI. *L'ernia della vescica con speciale riguardo alla sua patogenesi. Ricerche cliniche e sperimentali.* Il Policlinico, Sez. Chir., n. 1, 1901.

ID. *Un nuovo caso di ernia inguinale bilaterale della vescica.* Boll. della R. Accad. Med. di Roma, anno XXXI, fasc. II, 1905.

ID. *Ricerche sperimentali sulla produzione dell'ernia della vescica.*

AUE. *Zur Frage über die Harnblasenbrüche.* Deut. Zeitsch. f. Chir. 1893.

BRUNNER. *Ueber Harnblasenbrüche.* Ibid., 1898, XCVII, pag. 121.

EGGENBERGER. *Harnblasenbrüche.* Ibid. 1908, XCIV, pag. 524.

FINSTERER. *Ueber Harnblasenbrüche.* Beitr. z. Klin. Chir., LXXXI.

JABOULAY et VILLARD. *Des hernies inguinales et crurales de la vessie.* Lyon Méd., 1895, p. 239.

Lossen. *Ueber Harnblasenbrüche.* Beitr. z. Klin. Chir., 1902, XXXV, pag. 149.
Watson. *The etiology of hernia of the bladder.* Amer. Journ. of Surg., 1922, XXXVI, pag. 55.
Zuckerkandl. *Krankheiten der Harnblase.* Handbuch der Urologie Wien, 1905.
Id. *Chirurgie der Harnblase.* Handbuch der prakt. Chir., En. Suttgart, 1923.

Ospedale di S. Spirito in Sassia - Roma.
Rep. chirurgico diretto dal prof. Tito Ferretti.

Ipernefroma del rene destro a sindrome prevalentemente ematurica.

Dott. Giorgio Petta
aiuto chir., med. e pat. degli Osp. Riun. di Roma.

La diagnosi clinica d'ipernefroma renale resta quasi sempre una diagnosi di probabilità, se dei frammenti, utilizzabili per l'esame istologico, non sono raccolti con le urine.

L'ematuria, il dolore renale, la palpazione del rene sono i tre sintomi principali, ma sono registrati parecchi casi in cui la diagnosi d'ipernefroma del rene fu dovuta all'esame istologico di una metastasi.

Quando i sintomi che possono riferirsi all'ipernefroma renale sono presenti non è però agevole interpretarli e riferirli alla loro giusta causa; e quando non è possibile contentarsi della sola diagnosi di probabilità, bisogna, secondo il consiglio di S. Wright, decidersi presto per l'esplorazione chirurgica.

Seguendo tale linea di condotta si è consigliata l'operazione nel caso che è oggetto di questa comunicazione.

Il 1° maggio 1928 è ricoverato, nella Sala S. C. Genga (prof. Antonelli), il contadino G. Massimo, da Labbro (Roma), di 38 anni.

Modico bevitore e mangiatore, ha sofferto due volte di blenorragia, nel 1912 e nel 1918. Non ulceri. Ancora nel 1918 malaria. Ammogliato nel 1914 con donna sana, ha avuto 5 figli di cui 1 prematuro e 1 morto di nefrite.

Nel febbraio 1928 soffrì per la prima volta di ematuria accompagnata da vivo dolore alla regione lombare destra e da emissione di renella.

Visitato, fu fatta diagnosi di colica renale destra, ed, essendo cessati rapidamente i disturbi, l'amm. non fu sottoposto a cura alcuna.

È stato bene fino al 4 aprile 1928. In tale epoca comparve una nuova ematuria, non accompagnata da dolore, che è ancora presente, dopo 21 giorno, all'atto del ricovero in ospedale. Il malato dichiara che non può collegare l'ematuria con nessuna causa occasionale traumatica o affaticante.

Il 25 aprile fu colto da dolore vivo alla regione lombare destra, che si irradiava in basso verso l'inguine e la regione scrotale. Il dolore è durato per cinque o sei ore, dopo è cessato lasciando invariata l'ematuria.

All'esame obiettivo si rileva che trattasi di un soggetto bene sviluppato ed in buone condizioni di nutrizione e di sanguificazione, malgrado la prolungata ematuria.

Nulla di notevole al torace. Il margine inferiore del fegato è palpabile sotto l'arcata costale destra ed è liscio, non dolente. Sono dolenti alla pressione la regione lombare ed i punti ureterici superiore e medio di destra.

Alla palpazione profonda del fianco destro, si avverte a circa tre dita sotto l'arcata costale un corpo mobile coi movimenti respiratorii, che si può respingere verso l'alto, e che alla palpazione bimanuale si riconosce per il polo inferiore del rene destro, liscio e dolente.

L'esame radiologico riesce negativo; non si pratica la cistoscopia per l'ematuria renale notevole, in atto.

Temperatura normale. Urine 1200-1500 cmc., P. S. 1012-1013 a + 18° + 20° C.

Si tiene il paziente in osservazione fino al 6 maggio: si somministrano, senza alcuna efficacia, 4 gr. di lattato di calcio e 10 cmc. di coaguleno (per iniezione) ogni giorno. Il giorno 6 è perciò trasferito in chirurgia per l'ematuria renale.

L'a., che si mantiene sempre in buone condizioni, è ancora tenuto in osservazione fino al giorno 9 per ripetere gli esami radiologici, che riescono ancora negativi e per ricercare l'azotemia, che è nei limiti normali. Alla cistoscopia, data la persistenza dell'ematuria, si rinunzia, tanto più che, per i dati clinici, non è discutibile la localizzazione della lesione renale a destra.

Il 10 maggio procedo all'operazione, con rachianestesia (0,15 di novocaina). Disposto l'a. in decubito laterale S, nella posizione propria della lombotomia D, si scopre il rene mediante l'incisione obliqua di Guyon.

Il rene è molto ingrossato, raggiungendo circa il doppio delle dimensioni normali; è fortemente aderente specialmente al polo superiore. Isolato e allacciato il peduncolo si asporta il rene prima, poi il grasso perirenale per quanto è possibile. Ricostruzione dei piani in catgut. Sutura cutanea in seta e maglie di Michel.

L'a., guarito per prima, è dimesso 17 giorni dopo l'operazione.

Il 30 agosto 1928 è tornato a farsi visitare perchè, essendosi sottoposto a tutti i lavori gravosi della trebbiatura, negli ultimi giorni aveva notato qualche dolore alla cicatrice.

Il dolore non si riscontra più al momento della visita che, peraltro, non fa trovare alcun segno di metastasi locale o a distanza. Dopo d'allora il paziente, ch'era in ottime condizioni, non è stato più riveduto.

L'esame macroscopico del pezzo asportato dimostra che si tratta d'un ipernefroma sviluppatosi prevalentemente verso il polo renale superiore e verso il bacinetto in gran parte occupato da masse neoplastiche, salvo verso il polo renale inferiore ch'è rimasto di aspetto normale. La capsula renale non è rotta ancora in nessun punto dal neoplasma.

Il tumore ha respinto o assottigliato il tessuto renale del polo superiore là dove non l'ha ancora sostituito, mentre, come s'è accennato, la metà inferiore del rene, all'incirca, è rimasto indenne.

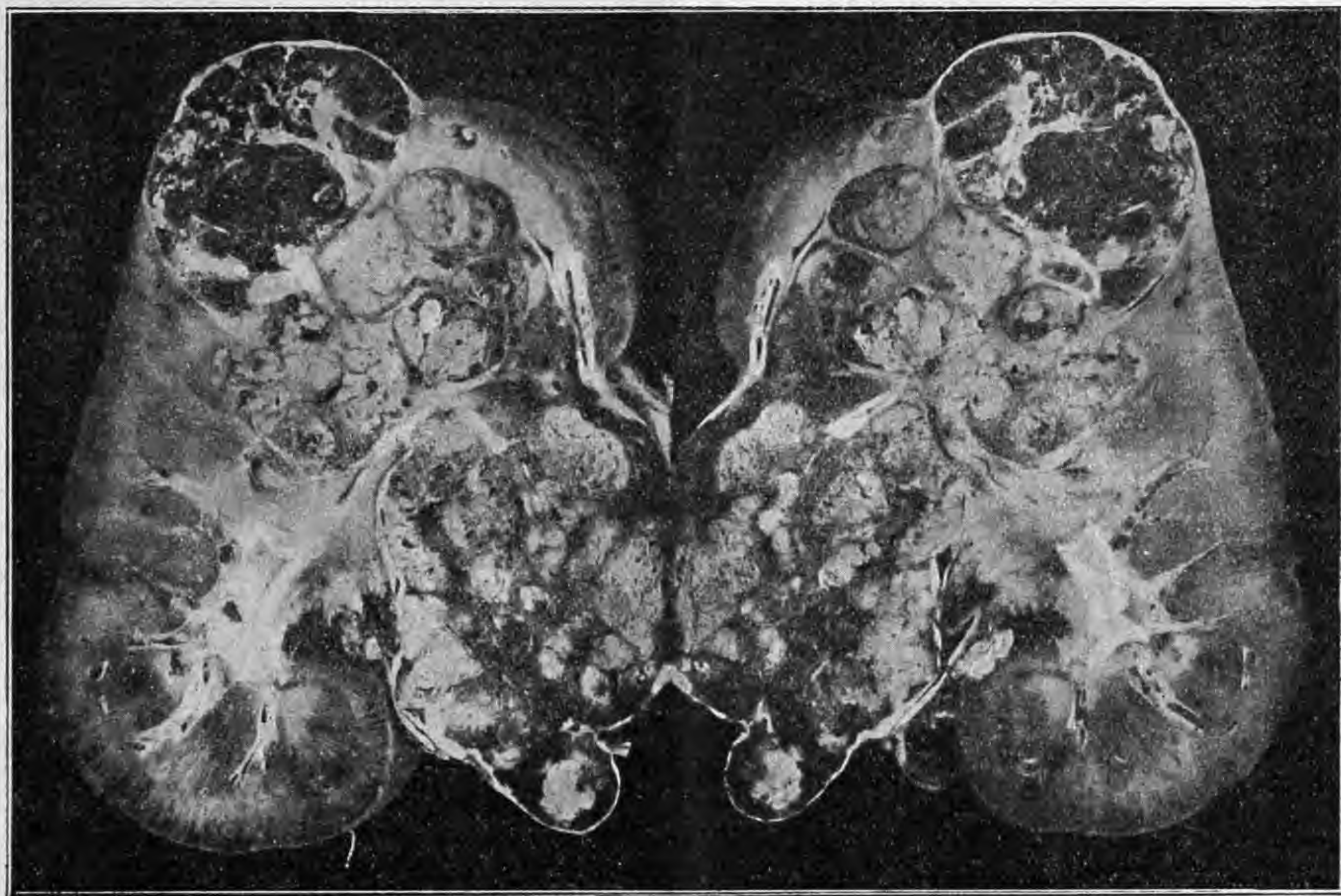
La sezione longitudinale che passa per la concessità, l'ilo e l'uretere, dimostra che questo comunica ancora con la parte di bacinetto ancora

libera e che, alla sua origine è pressochè bloccato dallo sviluppo delle propaggini del neoplasma. Il tessuto neoplastico è assai caratteristico; travate connettivali attraversano il tumore in tutte le direzioni isolando isolotti rotondeggianti fino a dare quasi l'aspetto di una ghiandola. Si notano isolotti bianchi, rosei, emorragici e gialli dov'è avanzata la degenerazione grassa. Si notano zone emorragiche con sangue fresco o già coagulato e stratificato: il polo superiore è occupato da una grossa raccolta ematica circoscritta dal tessuto proprio del tumore. Vasi di varia entità attraversano la neoformazione specialmente nelle travate connettivali ed in alcune zone emorragiche.

L'esame istologico ha confermato la diagnosi macroscopica di ipernefroma, per la struttura papillare, lo stroma connettivale, le cellule grandi, a protoplasma mescolato spesso con gocciole grassose, nuclei a contorni netti spesso in mitosi. In dati punti si riscontra la disposizione perivascolare delle cellule.

Confrontando le osservazioni fatte nello studio di questo caso con i dati raccolti nel lavoro di S. Wright, basato sullo studio di 19 casi, si può rilevare che, mentre lo sviluppo di tali tumori è più frequentemente osservato fra i 50 ed i 60 anni, qui fu scoperto a 38 anni.

Il tempo medio fra il primo sintoma e la data dell'operazione è stato di appena 3 mesi, mentre la media è di 11 mesi (in un caso passarono 20 anni tra l'osservazione del primo sintoma e l'operazione).

Corrispondentemente alla statistica (11:13) vi è stata l'ematuria, che in questo caso è stato il primo sintoma, il più persistente e grave, che ha deciso l'intervento; l'esame del pezzo asportato dimostra che dipendeva dalla libera comunicazione dei focolai emorragici del tumore (sviluppatosi nel bacinetto) con l'uretere.

Sezione del rene e dell'ipernefroma. Sono bene riconoscibili la struttura pseudo-ghiandolare tumore, le raccolte ematiche e la sezione longitudinale dell'uretere.

Anche il dolore (frequenza 8:13) è stato osservato sia come dolore renale da distensione del bacinetto, che come colica renale tipica con irradiazioni lungo l'uretere e nella regione inguino-scrotale.

Non è stata notata ritenzione (4:13) nè aumentata frequenza della minzione (2:13).

Il tumore fu sospettato anche perchè fu riscontrato aumento di volume del rene (10:13).

In quanto alla parte del rene invasa è da notare che si limitava al polo superiore: S. Wright nei suoi casi l'ha riscontrato 6 volte al polo superiore, 5 al polo inferiore, 7 alla parte media.

Era notevole l'invasione del bacinetto (14:19): si vuole che l'invasione del bacinetto sia quella che determina i sintomi clinici.

Non si riscontrò invasione riconoscibile della vena renale (4 casi), nè del grasso perirenale.

In quanto all'esito dell'intervento è ancora troppo presto, 113 giorni al 30 agosto, per dare un giudizio; S. Wright su 13 casi bene seguìti ha registrato 2 morti per l'operazione (per ure-

mia e per polmonite); 2 recidive in 6 mesi; 2 morti per emorragia cerebrale in 5 anni; 2 guarigioni da 7 a 9 anni, e 2 da 2 a 3 anni dopo l'operazione.

RIASSUNTO.

Un caso in un uomo di 38 a. Sviluppo nel polo superiore e nel bacinetto, con pseudocisti ematiche comunicanti con l'uretere. Primo sintoma, dominante, l'ematuria. Dolore a tipo colico. Rene aumentato di volume. Operazione dopo 3 mesi dalla prima ematuria. Non ancora recidiva dopo 113 giorni.

BIBLIOGRAFIA.

1. H. ALAMARTINE et G. MAURIZOT. *Les hypernéphromes génitaux chez la femme (tumeurs du ligament large et de l'ovaire à type surrénal)*. Revue de Gynec. et de Chir. abdom. T. XVIII, n. 1, Jauvier 1912, p. 1-26.
2. O. BARBACCI. *I tumori*.
3. BÉGOUIN, BOURGEOIS, ETC. *Comp. di patologia chirurgica*.
4. BERGMANN e BRUNS. *Tratt. di chirurgia pratica*.
5. E. BOVIN. *Ipernefromi sviluppati primitivamente nell'apparato genitale della donna*. Nordisches médizinisches Archiv. T. XLI, 3ª serie, f. 8 (Chirurgia). Parte I, f. 4, 18 novembre 1909, p. 1-35.
6. N. V. BYLOFF. *Metastasi come primi segni di ipernefroma maligno*. Chirourguia, t. XXXIV, n. 202, ott. 1913, p. 419-429.
7. J. COLLINS e G. ARMOUR. *Epilessia jacksoniana avente per causa una metastasi d'ipernefroma*. The Amer. Journ. of the Medical Sciences, t. CXLIV, n. 5, nov. 1912, p. 726-32.
8. FORGUE. *Comp. di patologia chirurgica*.
9. GARDNER e MAC CLEARY. *Ipernefroma del ligamento largo nei « Tumori maligni dell'ovaio »*. Surg., Gyn. and Obst., 1908, VII, n. 6, dic., p. 659-684.
10. GILLÉ. *Contribution à l'étude des néoplasies rénales dites tumeurs de Grawitz ou Hypernéphromes*. Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 6ª serie, n. 4, aprile 1909, p. 173-216.
11. GIRON. *Hypernéphrome avec localisation secondaire dans l'olécrane gauche*. Comunic. alla Soc. de Ch. de Paris, séance 27 nov. 1912 (par Walter) in Bull. et Mém de la Soc., t. XXXVIII, n. 38, 3 dic. 1912, p. 1393-1396.
12. V. M. KASSOGLEDOFF. *L'adrenalina negli ipernefromi*. Rousky Yratch, t. VIII, n. 51, p. 1745-1750.
13. KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica speciale*.
14. A. KNYVETT et GORDON. *Due casi d'ipernefroma dell'ovaio*. The Brit. med. Journ., n. 3068, 18 ott. 1919, p. 495.
15. KOSTENKO. *Contributo allo studio dell'ipernefroma*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. CXII, fasc. 4-6, nov. 1911, p. 284-367, con 38 fig.
16. L. RAVASINI. *Ipernefroma operato dopo 12 anni*. Comunic. XXVI Congr. della Soc. It. di Ch. Trieste, 2-5 ott. 1919, in La Rif. Med., Napoli, t. XXXV, n. 42, 43, 44, 18-23 ottobre e 1° novembre 1919, p. 927.
17. G. STARR. *Un caso di ipernefroma nel legamento falciforme del fegato*. Annals of Surgery, t. LXVI, n. 3, sett. 1917, p. 366.
18. THIERRY. *Sintomi e trattamento degli ipernefromi*. Münch. mediz. Woch., 1921, t. LXVIII, n. 21, p. 638-640.
19. VOLHARD. *Malattie dei reni, della pelvi renale e dell'uretere. Nefropatie chirurgiche*.
20. S. WRIGHT. *Studio sugli ipernefromi e, in particolare, sulla loro origine e la loro sintomatologia*. British Journal of Surgery, 1922, t. IX, n. 35, p. 338-365, 11 fig.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Civile di Padova - Reparto otorinoloringoiatra
diretto dal Prof. Y. ARSLAN.

Considerazioni su alcuni comuni errori nell'estrazione dei corpi estranei dell'esofago.

Dott. ENRICO RUBALTELLI, 1° assistente.

I corpi estranei dell'esofago così frequenti e numerosi nella pratica quotidiana rappresentano sempre un arduo problema sia dal lato diagnostico che terapeutico.

Problema non solo di importanza somma per il medico pratico ma anche per il chirurgo generale a cui più sovente ricorrono questi pazienti.

Solamente, quindi, una conoscenza perfetta e profonda di condizioni particolari può condurre il medico pratico ad una rapida e sicura diagnosi ed il chirurgo o lo specialista a decidere del tempo e del mezzo dell'intervento.

Sulla dibattuta questione noi porteremo poche idee chiare e precise, confortate da casi clinici interessanti, che servano a mettere in grado di formulare una diagnosi rapida e precisa e a dare un indirizzo razionale e sicuro per l'intervento.

I corpi estranei si fermano nell'esofago o per il loro volume o per la loro forma (bolo voluminoso, monete, giocattoli, oggetti a margini smussi, taglienti o a punte).

Prima della scoperta della radioscopia e dell'esofagoscopia diretta quando si trattava di corpi estranei dell'esofago si ricorreva al sondaggio esofageo con sonde comuni o olivari a scopo diagnostico e terapeutico.

Tale modo di investigazione — sia pure a solo scopo diagnostico — deve assolutamente essere abbandonato.

L'introdurre alla cieca una sonda, una pinza, uno strumento qualsiasi per assicurarsi della presenza o meno del corpo estraneo, per cercare di estrarlo o di spingerlo nello stomaco

è un procedimento così gravido di pericolo dal quale ogni medico deve assolutamente rifuggire.

Col sondaggio noi possiamo spingere o conficcare nelle pareti esofagee il corpo estraneo specie se tagliente o appuntito, oppure aggravare le lesioni che esso può aver prodotto nel suo passaggio o causato durante la sua permanenza.

Se queste lesioni sono profonde la sonda può penetrare in esse e produrre una perforazione esofagea che il corpo estraneo non aveva provocata; fatto tutt'altro che infrequente specie quando con manovra imprudente si tenta la propulsione del corpo estraneo nello stomaco.

Per sondaggio — specie se imprudente — possono aversi inoltre complicanze gravissime, spesso mortali, quali la perforazione dell'aorta, dell'arteria tiroidea superiore, della vena azigos, perforazione tracheale, mediastinite con propagazione alla pleura ed al polmone (vedi caso N. X).

Molto spesso tali sondaggi non sono fatti solo per leggerezza ma nella convinzione che si imponga comunque di liberare il paziente. Nulla di più errato: il corpo estraneo se non viene toccato ben raramente dà luogo a fatti reattivi imponenti, anzi è dimostrato che i corpi estranei sono tollerati a lungo dall'esofago (vedi caso N. VI-VII più oltre esposto) che reagisce con iperplasia della mucosa e qualche volta li incapsula: il peggio che possa toccare ai nostri pazienti sarà il digiuno per qualche giorno, ma mi pare assai meglio che l'ammalato sopporti la fame per alcuni giorni, anzichè venga sondato alla cieca e corra così il pericolo di serie e letali complicanze.

Il medico pratico si limiterà esclusivamente a fare inghiottire cibi solidi al paziente nell'intento di trascinare con essi il corpo estraneo nello stomaco; se il cibo verrà rigurgitato non insista il medico, nè faccia manovra alcuna, ma disponga per l'invio in luogo ove vi siano persone esperte e mezzi atti allo scopo.

*
* *

Con quali mezzi noi possiamo giungere ad un'esatta diagnosi di corpo estraneo dell'esofago? Anamnesi, esame radiologico, esofagoscopia; non si può invece attribuire grande valore ai dati della ascoltazione e della palpazione.

Anamnesi. — Nella maggior parte dei casi essa è decisiva, perchè non solo può darci indicazioni sulla natura del corpo deglutivo ma sui fenomeni clinici che seguirono l'ingestione e sulla sede approssimativa del punto di arresto.

Quasi sempre i pazienti sanno riferire con esattezza di quale corpo estraneo si tratti a meno che non si abbia a che fare con dei neuropatici e con dei bambini, nel qual caso solo i dati clinici, l'esame radiografico e esofagoscopico potranno darci precise ed esatte indicazioni.

Non si dimentichi mai di ricercare se esistano contemporaneamente dei fatti di pregressi restringimenti patologici, i quali facilitano molto l'ostruzione repentina e violenta per parte di corpi estranei anche se di minimo volume (mandorle, semi di arancio, chicchi d'uva); e rendano ancora più pericoloso e grave il sondaggio e qualunque altra manovra eseguita alla cieca e da mani inesperte od imprudenti.

L'anamnesi accurata ci sarà di prezioso aiuto nello stabilire i fenomeni seguìti immediatamente dopo l'ingestione del corpo estraneo, quali nausee, vomiti, accessi di soffocazione ecc. Si noti bene che in generale questi fenomeni sono spesso più dispnoici che disfagici e sono dovuti a spasmi della laringe: appunto per questo qualche volta si potrebbe credere trattarsi piuttosto di corpo estraneo delle vie aeree che di quelle digestive, ma gli ulteriori accertamenti scioglieranno ogni dubbio.

La disfagia meccanica è di solito data dal volume del corpo estraneo o dalla posizione assunta nel canale esofageo, la disfagia dolorosa è in genere prodotta dalla irregolarità del corpo estraneo o da lesioni da esso provocate sulle pareti dell'esofago (vedi caso N. IX-X) o dalla sua sede.

La localizzazione che il paziente fa del corpo estraneo non è quasi mai esatta e non è da tenere in gran conto: spesso accade che i pazienti indichino il cardias come sede del corpo estraneo mentre esso era incuneato al III superiore oppure lo localizzano all'altezza della cricoide mentre in realtà trovasi più in basso.

Oltre queste considerazioni non si dimentichi mai di ricercare, investigare se già siano in corso complicanze locali o generali la cui esistenza potrà e dovrà influire sulla scelta e tempo dell'intervento.

L'esame radioscopico ha nella ricerca diagnostica e di sede dei corpi estranei dell'esofago un'importanza capitale.

La grande maggioranza di essi è visibile ai raggi X ma quando anche non lo fosse tale ricerca è sempre di prezioso aiuto nella localizzazione del corpo stesso.

La radioscopia e radiografia deve essere fatta in posizione obliqua anteriore destra onde l'ombra del corpo estraneo non venga mascherata da quella dello sterno, dei grossi vasi o della colonna vertebrale.

Colla radioscopia, se il corpo estraneo non è permeabile ai raggi X, noi ne vediamo esattamente il volume, la forma, la posizione, la sede e in tal modo ci riesce facilissimo estrarlo; se il corpo estraneo fosse invisibile ai raggi X pure l'esame radioscopico e più quello radiografico ci sarebbero egualmente di prezioso aiuto.

FIG. 1. — Nella presente Radiografia si osserva un corpo estraneo dell'esofago — moneta da 10 cent. — situato all'altezza della clavicola in posizione obliqua anteriore destra, formante un angolo di 30ª, quale noi riscontrammo nel signor Aldo R. (vedi Caso clinico VI).

FIG. 2. — Nella presente Radiografia si osserva un corpo estraneo dell'esofago — moneta da 10 cent. — situato all'altezza della clavicola in posizione obliqua anteriore destra, formante un angolo di circa 15°, quale noi riscontrammo nel sig. Tiso D. (vedi Caso clinico VII). La Radiografia fu rilevata nel momento in cui la pinza esofagea giunta all'altezza del corpo estraneo si apprestava ad afferrarlo: le due sporgenze metalliche in alto non appartengono alla pinza esofagea ma sono le due branche inferiore dell'apri-bocca automatico.

In questi casi è consigliabile fare ingerire al paziente bario liquido o un bolo di bario: queste sostanze si fermano di solito contro il corpo estraneo indicando così la sede, in modo che sappiamo dove precisamente indirizzare le nostre ricerche e molto spesso ci fanno scoprire il corpo ricercato.

Metodo pratico per l'estrazione dei corpi estranei dell'esofago. — Il più sicuro, il più elegante, quello che non fallisce quasi mai è l'estrazione mediante l'esofagoscopia diretta, metodo che è di esclusiva competenza dello specialista otorinolaringoiatra e che data l'indole pratica delle nostre considerazioni non si crede nè utile nè opportuno illustrare.

Ve ne è però un secondo, semplice, alla portata di molti, che può essere praticato in ogni Ospedale da qualunque sanitario purchè possa disporre di un apparecchio radioscopico e radiografico e di una semplice pinza esofagea (vedi figura N. 3).

Anzitutto il medico farà un esame accurato della laringe per sincerarsi che il corpo estraneo non sia eventualmente nel tratto più basso dell'ipofaringe nel qual caso riuscirà facile estrarlo con una comune pinza laringea.

Se il corpo estraneo è già nel caso esofageo, in qualsiasi posizione di esso, si procederà così: anestesia o no del paziente, radioscopia obliqua anteriore destra, capo piegato all'indietro, bocca aperta al massimo, munita di apribocca automatico se trattasi di bambini,

introdurre lentamente la pinza dietro la guida del dito indice che senza difficoltà imboccherà il canale esofageo.

Noi vedremo allora esattamente sullo schermo radioscopico, sia il corpo estraneo che il nostro strumento e questo lo potremo dirigere con sicurezza ed esattezza verso il corpo estraneo avendo cura di oltrepassarlo prima di tentare di afferrarlo e ciò per non urtarlo e configgerlo nelle pareti esofagee se appuntito o tagliente o farlo mutare di posizione se rotondo o a margini smussi.

Si ritirerà allora dolcemente l'istrumento fino a livello del corpo da afferrare, si pinzetterà saldamente e con prudenza ma sollecitamente si ritirerà.

Se il corpo estraneo non è visibile ai raggi X giunti coll'istrumento al punto dove precedentemente coll'ingestione del bario fu localizzato il corpo estraneo cercheremo con delicate e prudenti manovre di scoprirlo: molto spesso non riesce difficile individuarlo e allora si pinzetterà solidamente e lo si estrarrà.

Si deve o non fare l'*anestesia generale?*: quando il corpo estraneo sia di un certo volume (monete, fischietti, protesi dentarie non uncinate, ecc.), perfettamente visibile ai raggi X e non siano state fatte altre manovre per estrarlo noi riteniamo non si debba mai ricorrere all'anestesia generale per il fatto che la manovra per l'estrazione è così rapida che riesce quasi indolore. Se vi siano invece già in corso complicanze, se già altri tentativi di estrazione siano stati fatti, se il corpo estraneo non è visibile ai raggi X, se è appuntito o tagliente o piccolissimo (aghi, pezzetti di ossa, protesi dentarie uncinate, ecc.) per la cui estrazione concorrono ricerche pazienti, movimenti prudenti e delicati, è necessario l'anestesia generale.

La pinza che noi usiamo e consigliamo è quella che si vede nella fig. N. 3: essa è una comune pinza esofagea a becco d'anitra con alcune modificazioni apportate dal prof. Arslan dettategli dalla sua lunga esperienza in argomento. Questa pinza differisce dalle altre, in commercio, per alcune proprietà che viste superficialmente sembrano di poca entità ma che praticamente sono di somma utilità: essa non si chiude automaticamente e ciò perchè solo così l'operatore esperto può apprezzare la consistenza della presa, la natura di essa. Non è difficile, infatti, afferrare la mucosa esofagea insieme col corpo estraneo specialmente quando esso è nascosto nelle pliche della mucosa stessa o parzialmente confitto nelle pareti: una chiusura automatica non può farci apprezzare esattamente la consistenza e la natura della presa cosicchè non è difficile trascinare col corpo anche parte della mucosa producendo lesioni gravissime: mentre se l'operatore stesso esercita la pressione può facilmente accorgersi dell'errore ed essere abbastanza rapido nel lasciare la presa o nel mutarla prima di produrre lesioni o spostamenti.

L'estremità inferiore — becco d'anitra — ha pure notevoli modificazioni per rendere possibile la sicura presa anche di corpi minimi, a pareti liscie, a margini smussi o appuntiti.

Tale estremità (vedi fig. N. 4) è profondamente sigrinata nelle sue due faccie interne in modo che le due porzioni quando vengono a contatto si intersecano perfettamente e sono munite di due denti per faccia disposti su diversi piani ai quali corrisponde sulla faccia opposta un foro in modo che a pinza chiusa le due faccie si combaciano perfettamente.

Fig. 3
PINZA ESOFAGEA DA NOI USATA

Fig. 4
PARTICOLARE DELLA PINZA ESOFAGEA ESTREMITÀ INFERIORE.

CASI CLINICI.

A meglio illustrare le considerazioni esposte farò seguire alcuni casi clinici da me osservati che praticamente dimostrano le pericolose conseguenze di alcune pratiche irrazionali e la sicurezza e praticità del metodo da noi seguito:

CASO I. — C. O., di anni 3, da S. Martino di Lupari, inghiottì il 22-VI-926 due monete da 10 centesimi (conio vecchio). Ebbe subito accessi di dispnea con tosse violenta poi vomito; sintomi che ben presto scomparvero lasciando solo una stenosi esofagea che rendeva impossibile la deglutinazione sia dei solidi che dei liquidi.

Entra nel nostro Riparto il 23-VI-926.

Sintomi subbiettivi: il paziente non accusa alcun dolore solo si lagna di non poter deglutire alcuna cosa perchè tale funzione gli produce dolore, vomito, tosse spasmodica.

Sintomi obbiettivi: stenosi esofagea completa; non dispnea, non rialzo termico, non dolore alla palpazione ed ascoltazione.

Esame radioscopico: due monete da 10 centesimi sulla parete laterale sinistra in posizione obbliqua anteriore sinistra, due dita sotto la clavicola.

Estrazione: introdotta la pinza da noi usata, colla tecnica sopra descritta, si estrae rapidamente e felicemente in due riprese le due monete. Nessuna narcosi.

Esiti: 24-VI-926 il paziente viene tenuto ad assoluto digiuno, non accusa però alcun dolore, non rialzo termico.

25-VI-926, l'ammalato deglutisce perfettamente sia i liquidi che i solidi, non accusa alcun dolore alla deglutizione, non rialzo termico.

26-VI-926. Esce.

CASO II. — G. V., di anni 67, da Padova: il 24-VI-926 mangiando inghiottì un dente di protesi che gli provocò prima accessi di dispnea allarmante con tosse spasmodica tanto da fare dubitare, al medico curante accorso, che si trattasse di corpo estraneo delle vie aeree.

Ricoverato d'urgenza nel nostro Reparto il giorno stesso:

Sintomi subiettivi: il paziente non avverte alcun disturbo spontaneo — respirazione normale — non tosse, non vomito, se però tenta di deglutire qualche cosa avverte subito un acuto dolore al segmento medio dell'esofago e gli si risveglia il vomito e la tosse.

Sintomi obbiettivi: non rialzo termico, non stenosi respiratoria, non dolore spontaneo mentre si risveglia alla palpazione, stenosi esofagea completa.

Esame radioscopico: dente premolare uncinato di protesi situato in posizione obbliqua laterale destra, un dito al disotto del giugulo con l'uncino libero e sporgente in cavità.

Estrazione: introdotta la pinza sulla guida della radioscopia si afferra da un lato il corpo del dente e dell'altro l'uncino per schiacciarlo contro il corpo a cui è unito in modo che nell'estrazione non ferisca le pareti esofagee, si pinzetta saldamente il tutto e lo si estrae con facilità. Nessuna anestesia.

Esiti: 25-6-926, temperatura 38 gradi, lieve dolenzia esofagea.

26-6-926, temperatura 36,8, nessun dolore; deglutisce normalmente i liquidi.

27-6-926, deglutizione perfetta sia dei solidi che dei liquidi.

28-6-926. Esce.

CASO III. — V. S., di anni 4, da Padova, inghiottì il 27-5-926 due monete da 10 cent. (conio antico) subito dopo fu colto da accessi di soffocazione, tosse, vomito che lentamente scomparvero lasciando solo impossibilità alla deglutizione sia dei liquidi, che dei solidi.

Il medico curante chiamato d'urgenza raccomandò di lasciare il bimbo tranquillo e sorvegliarlo attentamente nella speranza che un colpo di tosse avesse potuto ricacciare i corpi estranei in gola o spingerli nello stomaco; vietò comunque di fare manovre per provocare o favorire tale esito. Dopo 48 ore di vana attesa fu inviato al nostro reparto.

Sintomi subbiettivi: bimbo tranquillo, non accusa alcun dolore spontaneo, non ha alcuna difficoltà respiratoria, solo lamenta l'impossibilità di deglutire.

Sintomi obbiettivi: non rialzo termico, non stenosi respiratoria, non dolore alla palpazione e ascoltazione, sensorio libero, impossibilità di deglutire sia i solidi che i liquidi.

Esame radioscopico: due monete, conio vecchio, in posizione obbliqua anteriore sinistra all'altezza della clavicola.

Estrazione: senza narcosi alcuna, in due riprese, si estraggono rapidamente e facilmente le due monete.

Esiti: 30-9-926, non dolore, non alterazione termica.

1-10-926 deglutisce liberamente sia i solidi che i liquidi.

2-10-926. Esce.

CASO IV. — M. D., di anni 4, da Piazzola sul Brenta, inghiottì l'8-10-926 un fischietto a forma di doppio bottone che si arrestò nell'esofago provocando tosse, vomito prima, poi impossibilità di deglutizione dei solidi, solo i liquidi lentamente e con dolore riuscivano a raggiungere lo stomaco.

Entra il giorno stesso nel nostro reparto.

Sintomi subbiettivi: il paziente non si lagna di alcun dolore, solo la deglutizione anche di minima quantità di liquido riesce difficile e provoca vomito e tosse.

Sintomi obbiettivi: non rialzo termico, non dispnea, non dolori spontanei: stenosi esofagea quasi completa.

Esame radioscopico: il corpo estraneo è situato sulla parete laterale sinistra a un dito sotto la clavicola: esofago di aspetto, posizione, dimensioni normali.

Estrazione: senza alcuna anestesia si introduce la pinza esofagea e si estrae facilmente il corpo estraneo adagiato sulla parete esofagea.

Esiti: 9-8-926, non rialzo termico, non dolori.

11-8-926, deglutisce normalmente sia i liquidi che i solidi. Esce.

CASO V. — V. M., da Saonara, di anni 5, inghiottì a scuola il giorno 6-10-28 una moneta di 10 cent., conio nuovo. Non ebbe alcun dolore, non tosse, non vomito. I genitori al suo ritorno la assisero a tavola per il comune pasto ma i pri-

mi bocconi provocarono vomito insistente, tosse, dolori Chiamato il locale medico prescrisse alla piccola un purgante oleoso, nell'intento di trascinare con esso il corpo nello stomaco, che fu normalmente deglutito. Il giorno dopo la bimba mangiò e deglutì bene il caffè-latte con biscotti, i solidi provocavano però vivo dolore ed erano rigurgitati. Il medico ritenne che la moneta fosse discesa nello stomaco e residuasse qualche esito del suo passaggio che poteva benissimo spiegare il dolore ed il vomito ai cibi solidi. Passarono così cinque giorni: i genitori non persuasi dell'asserzione del medico e indirizzati dalla piccola, che insisteva nell'asserire di sentire ancora la moneta nell'esofago si rivolsero ad un Radiologo che constatò esservi effettivamente ancora la moneta nella cavità esofagea all'altezza del giugulo addossata alla parete laterale destra.

Entra nel nostro riparto l'11-8-928.

Estrazione: sulla guida della radioscopia, senza anestesia, il corpo estraneo fu rapidamente estratto.

Esiti: 14-8-928, temperatura 36,8; non dolori, deglutizione normale.

15-8-928. Esce.

Osservazioni: il corpo estraneo rimase nella cavità esofagea sei giorni senza dar luogo a fatti reattivi nè infiammatori.

CASO VI. — R. A., di anni 3, da Bassano Veneto, inghiottì il 5-3-927 una moneta da 10 centesimi, conio nuovo, e da quel momento non potè più deglutire cibi solidi e stentatamente i liquidi.

Il medico curante si limitò ad ordinare un purgante nella speranza di trascinare con esso il corpo estraneo nello stomaco. Rimase a casa quattro giorni senza che le condizioni mutassero, riuscita vana l'attesa fu inviato ad un Ospedale vicino ove rimase otto giorni senza che si facesse alcun tentativo di estrazione.

Entra nel nostro Reparto il 20-3-927.

Sintomi subbiettivi: leggero dolore spontaneo alla porzione alta dell'esofago, non dispnea, impossibilità alla deglutizione dei solidi.

Sintomi obbiettivi: temperatura 38, modico dolore all'ispezione e palpazione, respiro normale.

Esame radioscopico e radiografico: moneta da 10 centesimi all'altezza della clavicola in posizione obbliqua anteriore destra formante un angolo di circa 30 gradi (vedi radiografia n. 1).

Estrazione: senza alcuna anestesia sulla guida della radioscopia si introduce la pinza esofagea e facilmente e rapidamente si estrae il corpo estraneo.

Esiti: 22-3-927, temperatura a 39; dolore esofageo spontaneo modico.

23-3-927, temperatura 37 e non dolore.

25-3-927, deglutisce normalmente, senza alcun dolore, sia i liquidi che i solidi.

26-3-927. Esce.

Osservazioni: il corpo estraneo rimase ben dodici giorni nella cavità esofagea, ma lasciato a sè non diede luogo a nessun fatto di irritazione, nè di infezione.

CASO VII. — T. D., di Riccardo, di anni 4 e mezzo, da Padova, il 16 agosto 1928 inghiottì una moneta da 10 cent. (conio nuovo). Quando accadde il fatto il bimbo era stato affidato per qualche ora ad una vicina di casa che riportando il piccino in famiglia raccontò l'accaduto. Il medico curante chiamato d'urgenza prescrisse un purgante nella speranza di facilitare la discesa del corpo estraneo nello stomaco. Il giorno seguente i famigliari provarono a far mangiare il piccolo, il quale infatti deglutì normalmente i liquidi ed i solidi non avvertendo alcun dolore. Non ebbe mai rialzi termici. La cosa si trascinò fino al giorno 23, stesso mese, quando non vedendo uscire con le feci il corpo estraneo il bimbo per consiglio del medico curante fu portato ad un chirurgo, il quale mediante la radioscopia assodò che il corpo estraneo era tutt'ora nell'esofago e provò ad estrarlo col « cestello di Gräefe » senza riuscirvi: fu inviato al nostro Riparto il giorno 25 agosto 1928.

Esame radioscopico e radiografico: moneta da 10 cent. nella cavità esofagea all'altezza della clavicola in posizione obliqua anteriore destra ove forma un angolo di circa 15 gradi.

Estrazione: senza anestesia alcuna, con la bocca munita di apri-bocca automatico, si introduce la pinza esofagea (come chiaramente si vede nella radiografia n. 2), e si estrae facilmente e rapidamente il corpo estraneo.

Esiti: 26-8-28: Temperatura 36,5 al mattino, 37 alla sera: lieve dolenzìa alla palpazione, non dolore spontaneo.

27-8-28: deglutisce normalmente senza alcun dolore sia i solidi che i liquidi; temperatura 36,5.

28-8-28. Esce.

Osservazioni: il corpo estraneo rimase undici giorni nella cavità esofagea senza dar luogo a fatti infiammatori o reattivi.

Non ostante sia stato fatto un tentativo di estrazione col controllo e con la guida della radioscopia non riuscirono ad estrarre il corpo estraneo perchè si servirono di un mezzo non atto allo scopo.

CASO VIII. — Z. N., d'anni 13, il 22-2-27 mangiando carne di vitello ebbe improvvisamente la sensazione di un forte dolore alla regione media dell'esofago accompagnato da accessi di dispnea, tosse, vomito, ed impossibilità di deglutizione.

Il medico curante stabilito trattarsi dell'esofago praticò al paziente alcuni sondaggi nell'intento di spingere il corpo estraneo nello stomaco. Riuscito vano tale tentativo e sopravvenuto un forte rialzo termico con dolori acutissimi fu inviato al nostro Riparto.

Esame obbiettivo: il paziente si lamenta di forti dolori al collo e tiene il capo piegato sul lato destro come chi è affetto da torcicollo; i minimi spostamenti risvegliano dolori acutissimi: al collo parte laterale sinistra, si nota una tumefazione a carattere infiltrativo, dolentissima: temperatura 38,9; esame delle urine, negativo; nulla a carico dell'apparato respiratorio, digerente, cardiomuscolare.

Esame radioscopico e radiografico: nulla si vede all'esame semplice, si fa allora inghiottire bario liquido che passa lentamente attraverso il canale esofageo soffermandosi prima a due centimetri sotto la cricoide, parete laterale sinistra; ove disegna una zona irregolare, abbastanza ampia.

Estrazione: narcosi generale con etere: introdotta la pinza all'altezza della zona descritta dal pasto opaco si esplora lungamente, pazientemente la zona fino a mettere in evidenza una piccola

sporgenza dura, immobile che si pinzetta saldamente e si estrae.

Trattavasi di una spina ossea conficcata in pieno tessuto esofageo della lunghezza di 2 cent.

Esiti: la temperatura salì rapidamente a 39,6, poi a 40: al collo la tumefazione aumentò di volume, si fece più superficiale, dolentissima fluttuante.

Il 28-2-27 si praticò un'incisione esterna dalla quale uscì pus siero-purulento in discreta quantità: drenaggio a tubo.

Rapidamente le condizioni del paziente migliorarono, scomparve la febbre e i dolori e in pochi giorni il paziente fu dimesso completamente ristabilito.

Diagnosi: ascesso del segmento superiore dell'esofago da corpo estraneo.

Osservazioni: lasciato a sè questo corpo estraneo probabilmente non avrebbe dato alcuna complicanza: il medico curante allarmato forse anche dal sintomo dolore cercò di liberare il paziente mediante il sondaggio ed ottenne invece di spingere ulteriormente nelle pareti esofagee il corpo estraneo che forse si era solo adagiato o parzialmente confitto favorendo così il fatto infiammatorio e la localizzazione ascessuale.

CASO IX. — S. T., di anni 5, da Castel di Godego: inghiottì il giorno 2-12-25 una moneta di 5 cent. — conio vecchio — che rimase impigliata subito sotto l'imboccatura dell'esofago. I genitori raccontano che la bimba presentò prima stenosi respiratoria allarmante, tosse, vomito, dolori, indi una semplice stenosi esofagea che impedivale la ingestione di qualunque cibo liquido e solido. Trasportata d'urgenza in un Ospedale le fu praticata la radiografia mediante la quale si stabilì che il corpo estraneo erasi fermato subito sotto l'imboccatura dell'esofago disposto verticalmente in senso traverso.

Il medico dell'Ospedale scrive che furono fatti diversi tentativi infruttuosi di estrazione e fu per questa ragione che viene a noi inviata.

Entra il 6-12-25.

Sintomi subbiettivi: impossibilità di deglutizione sia dei solidi che dei liquidi, leggera dispnea, rialzo termico, dolore spontaneo alla regione superiore dell'esofago.

Sintomi obbiettivi: temperatura 39,4, asprezza di respiro bilateralmente, più accentuata a sinistra, dolore vivissimo alla palpazione.

Estrazione: col controllo e la guida della radioscopia, previa etero-narcosi, viene introdotta la pinza ma giunti all'altezza della moneta non si riesce ad afferrarla perchè incastrata nello spessore della parete esofagea sinistra e circondata da tessuti edematosi, tumefatti, infiltrati. Solo dopo pazienti e replicati tentativi ci riesce di afferrare il corpo estraneo e di estrarlo.

Esiti: 8-12-1925: la bimba accusa dolori spontanei vivi ed insistenti alla regione superiore dell'esofago, difficoltà e dolore alla deglutizione, temperatura 37,2: evidentemente i replicati tentativi fatti per l'estrazione che avevano incuneato il corpo estraneo nello spessore delle pareti esofagee hanno prodotto una *peri-esofagite* traumatica.

10-12-25: la temperatura si mantiene oltre i 39, la deglutizione che era finora dolorosissima ma possibile è ora impossibile. La bimba accusa un dolore acutissimo alla regione sopraclavicolare sinistra, ove esiste una tumefazione fluttuante, a margini infiltrati. Evidentemente la peri-esofagite ha dato luogo ad una localizzazione *ascessuale*.

12-12-25: si incide la raccolta lungo il margine dello sterno-cleido-mastoideo dalla quale esce un liquame granuloide misto a pus fetido: drenaggio a tubo.

16-12-25: il pus è andato lentamente modificandosi come quantità, aspetto, qualità.

20-12-25: si toglie il drenaggio.

28-12-25. Esce.

Diagnosi: peri-esofagite del segmento superiore dell'esofago con localizzazione ascessuale sopraclavicolare sinistra da corpo estraneo.

Osservazioni: se il corpo estraneo fosse stato abbandonato a sè probabilmente non si sarebbe dovuto lamentare la complicanza sopra-descritta: i replicati tentativi per l'estrazione fatti con mezzi insufficienti e non atti allo scopo, sia pure sotto il controllo e la guida della radioscopia, non solo non hanno portato all'estrazione del corpo estraneo, ma lo hanno maggiormente confitto nelle pareti producendo lesioni che furono certo la causa dell'esofagite prima, della raccolta ascessuale poi.

CASO X. — B. D. d'anni 6: inghiottì il 25-6-26 un fischietto della lunghezza di 4 cent. circa, a forma cilindrica con una estremità appuntita; all'ingestione seguirono accessi di dispena allarmanti, poi tosse, vomito insistente, impossibilità di deglutizione sia dei liquidi che dei solidi.

Chiamato d'urgenza il medico e assodato trattarsi di corpo estraneo dell'esofago gli vennero praticati diversi sondaggi esofagei alla cieca, con sonda olivare, nell'intento di spingere il corpo estraneo nello stomaco.

Riuscito vano il tentativo ed essendo insorta alta temperatura accompagnata da brividi e da dolori vivissimi fu inviato a codesto Riparto.

Entra il 29-6-26.

Esame obbiettivo: Temperatura 39,6; dolorabilità spiccata del segmento superiore dell'esofago; impossibilità di deglutizione sia dei solidi che dei liquidi; stenosi respiratoria notevole; nulla all'apparato digerente e cardio-vascolare; esame delle urine; albuminuria.

Esame radioscopico e radiografico: il corpo estraneo trovasi all'altezza della clavicola in posizione obliqua anteriore destra pare nello spessore della parete esofagea circondato da una zona edematosa, infiltrata, ingrossata.

Si fa ingerire al paziente latte di bismuto per meglio chiarire la posizione e la sede del corpo estraneo e si osserva che il pasto opaco passa al davanti del corpo stesso mettendo chiaramente in evidenza come esso non sia solo impegnato nella parete esofagea ma sia stato confitto nel corpo dell'esofago stesso.

Estrazione: cloro-narcosi: introdotta la pinza e giunti all'altezza del corpo estraneo non si riesce ad afferrarlo, evidentemente è stato incuneato — dal sondaggio — nella parete esofagea aprendo una falsa strada e ogni tentativo paziente ripetuto non approda ad alcun risultato.

Intervenir per via esterna con una esofagotomia?

Prima di accingerci a questo grave intervento chiedemmo il parere di un medico e di un chirurgo.

Il medico internista rilevò fatti pioemici con localizzazione al polmone destro e ritenne il paziente non in condizioni di essere sottoposto ad un intervento chirurgico che comunque nulla avrebbe risolto essendo ormai disperate le condizioni generali del paziente.

Il chirurgo generale riscontrò una esofagite flemmonosa diffusa e profonda.

Il paziente morì in terza giornata.

Diagnosi: esofagite flemmonosa estesa e profonda con conseguente pioemia e localizzazione ascessuale al polmone destro da corpo estraneo.

Osservazioni: se il medico curante non si fosse preoccupato di liberare comunque il paziente ed invece di praticare sondaggi alla cieca avesse lasciato il corpo estraneo a sè e avesse disposto, come fece poi cinque giorni dopo, il suo ricovero in qualche ospedale forse non avremmo dovuto lamentare tali gravissime complicanze.

Abolizione del sondaggio, dunque: estrazione con il controllo e con la guida della radioscopia che se anche non riuscirà, per mezzi inadatti, si eviterà di nuocere ai pazienti perchè solo in tal modo noi potremmo seguire e dirigere il nostro istrumento.

CONCLUSIONI.

Dalle brevi considerazioni esposte e dall'esame dei casi clinici illustrati possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1) I corpi estranei dell'esofago, qualunque sia la loro specie, il loro numero, la loro forma se lasciati a sè possono facilmente essere estratti, senza pericolo, senza complicanza alcuna (vedi casi clinici n. 1-2-3-4).

2) I corpi estranei dell'esofago possono restare a lungo in sito senza dar luogo a fenomeni reattivi imponenti, senza produrre notevoli disturbi, tranne la più o meno accentuata stenosi (vedi casi clinici n. 5-6).

Il medico pratico non deve dunque allarmarsi nè cercare comunque di liberare il paziente ma può con comodo disporre per il trasporto in luogo ove siano mezzi e persone atte allo scopo.

3) Lo strumentario usato in antico e da molti anche oggi (pinze esofagee comuni, uncino di Kirmisson, cestello di Gräefe) per la estrazione dei corpi estranei dell'esofago deve essere abbandonato: tali mezzi non corrispondono allo scopo perchè non sempre riescono ad estrarre il corpo estraneo (vedi casi clinici n. 7-9) e quando anche vi riescano occorrono manovre complesse che con grande frequenza danno luogo a complicanze gravissime.

4) Il sondaggio esofageo alla cieca con sonde olivari o no, a scopo diagnostico o terapeutico, deve *assolutamente* essere bandito.

Sempre noi abbiamo avuto complicanze gravi ed anche casi di morte, in soggetti sottoposti a tale trattamento (vedi casi clinici n. 8-10).

5) Il modo più pratico, più sicuro, meno scevro di pericolo è quello di servirsi, per la estrazione dei corpi estranei dall'esofago, della pinza esofagea da noi usata (vedi fig. n. 3-4) col controllo e la guida della radioscopia, a meno che non si abbia a propria disposizione anche l'esofagoscopia diretta.

RIASSUNTO.

Per l'estrazione di corpi estranei dall'esofago, il metodo più semplice e scevro di pericoli, qualora non si disponga dell'esofagoscopia diretta, è dato dall'impiego di una pinza esofagea a becco d'anatra, modificata dal prof. Arslan, guidata dalla radioscopia.

BIBLIOGRAFIA.

RAUL HALM. *L'esofagoscopia.*
S. CITELLI. *Malattie del naso, gola, laringe.*
Zeitschrift f. H. N. U., *Ohrenheilkunde*, vol. XVI, fasc. 4.
GEORGES LAURENS. *Chirurgie dell'oreille, du nez, du pharynx e du larynx.*
ANDRÉ CASTEX. *Maladies du larinx.*
JEAN GUISEZ. *Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'oesophage.*

DISCUSSIONI E COMMENTI.

Istituto di Medicina Operatoria della R. Università di Palermo
diretto dal Prof. G. PARLAVECCHIO.

A proposito dello "Esperimento di medicazione intra-arteriosa„ del dott. U. Bonoli.

Prof. FORTUNATO CINQUEMANI, aiuto.

Abbiamo letto con interesse l'articolo che il dott. U. Bonoli ha pubblicato nel *Policlinico*, Sez. prat., n. 24 del corr. anno sull'esperimento fatto di medicazione intra-arteriosa in un caso di flemmone profondo diffuso della mano, lavoro che l'A. ha pubblicato quale nota preventiva.

Effettivamente quanto il Bonoli ha scritto si presta a diversi rilievi, su cui però non ci soffermiamo perchè non abbiamo intenzione nè di polemizzare con l'A., nè di togliere al suo contributo il valore che ha.

Sorvolando quindi, ci limitiamo a notare che la terapia intra-arteriosa è certamente ancora molto giovane per potere avere, a nostro credere, allo stato attuale, come vuole il Bonoli, la sua sistematizzazione, e che non si deve disconoscere per se stessi diretti a scopo curativo i tentativi di Amalfitano, di Bleichroider, di Sinclair, i soli riportati dall'A., e da lui ritenuti « oziosi ». È da rilevare inoltre che non può considerarsi il Sinclair « l'unico,

vero sperimentatore della terapia intra-arteriosa » mentre molti altri AA. (e di essi alcuni citati dallo stesso Bonoli) hanno prima e dopo del Sinclair, apportato i loro contributi sperimentali e clinici, per quanto informati a concezione differente.

Non possiamo poi neanco accordarci col Bonoli quando afferma che « l'idea d'introdurre un farmaco direttamente nel circolo arterioso data da circa un ventennio, e spetta al Bier, il quale nel 1908, nel rendere conto di alcuni suoi esperimenti di anestesia venosa ebbe ad esprimere il parere che la via arteriosa avrebbe potuto forse rispondere meglio sopratutto negli interventi su gli arti ».

Certamente il Bonoli nello scrivere la nota in parola è stato eccessivamente frettoloso, forse perchè spinto dall'entusiasmo del brillante esito, e sicuramente si sarà trovato nella impossibilità di fare più larghe ed esatte ricerche bibliografiche su l'argomento, perchè in caso contrario non gli sarebbe sfuggito un lavoro pubblicato nel 1899 dal Parlavecchio (sul lavaggio antisettico interstiziale dei tessuti dalla via arteriosa, *Policlinico*, Sez. chir.), e maggiori notizie bibliografiche avrebbe anche potuto apprendere dal lavoro dello Zapelloni, da lui stesso citato.

Avrebbe inoltre il Bonoli potuto fare conoscenza anche dei lavori di Enderlen e Justi, di Knauer, di Stutzin, di Nyström, ed altri, e così guardare con più serena obiettività l'argomento, che per quanto giovane pure ha al suo attivo un discreto numero di proposte e di lodevolissimi tentativi.

Come abbiamo avuto occasione di pubblicare (Cinquemani, *Rivista Sanitaria Siciliana*, 1923) a proposito dell'articolo dell'Amalfitano, e non tanto per una rivendicazione (perchè il fatto è abbastanza noto) ma per offrire al collega Bonoli la quasi completa cronistoria dell'argomento, ci permettiamo riportare qui appresso una parte di quanto allora abbiamo scritto: « ... Il merito di avere inaugurata la via arteriosa spetta al Parlavecchio, il quale sin dal 1899 fece conoscere i suoi esperimenti inerenti ad una proposta propria: utilizzare cioè la via arteriosa per la introduzione di sostanze chimiche sino nei più intimi interstizi dei tessuti nelle gravi affezioni infettive acute e croniche degli arti; proposta questa che l'anno dopo venne molto favorevolmente commentata al Congresso della Soc. Italiana di Medicina.

Nove anni dopo del Parlavecchio, nel 1908, il Goyanes (*Riv. Clin. di Madrid*, 1909, n. 1) iniziò alcuni esperimenti sull'anestesia per via intra-arteriosa, e nel novembre dello stesso anno applicò il metodo in clinica. Anche il Bier (*Verhandlung d. deutsch Gesellsch. f. Chir.*, 37, pag. 204-213, 1908), nel 1908, contemporaneamente, ma indipendentemente dal Goyanes, pensò alla via arteriosa, come la più appropriata a diffondere il liquido anestetico nei tessuti, ma non la seguì, ritenendo le difficoltà tecniche superiori ai vantaggi, e preferì fermarsi alla via venosa.

Fautori del metodo endo-arterioso sono stati in Russia Oppel (1909); nel Nord-America Ransohoff (1910); nella Spagna Vigueras (1910) e Esteban (1912); in Germania Otz (1911); in Italia Nasetti (1911) e Zapelloni (1919).

E per restare nella più serena obiettività preferiamo riferire quanto il Zapelloni (*Atti Soc. Ital. di Chir.*, XXVII Cong., 1920) ebbe a scrivere in proposito nel suo lavoro su « l'anestesia regionale per via intra-arteriosa negli interventi su la lingua e sul cranio », lavoro comunicato al XXVII Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia: « ... È però opportuno ricordare un lavoro eseguito anni prima da un italiano, il Parlavecchio, il quale, già nel 1899, dimostrava con esperienze numerose come la via delle arterie sia molto preferibile a quella delle vene per distribuire con uniformità e completezza ai tessuti di un dato segmento di un arto qualunque sostanza chimica, liquida e solubile. E per quanto il Parlavecchio non si riferisse alla anestesia regionale, ma al lavaggio antisettico dei tessuti, a scopo microbicida, per quanto il Goyanes ed il Bier siano rimasti probabilmente all'oscuro di questo lavoro, non può disconoscersi il Parlavecchio quale precursore della via arteriosa, come via per raggiungere con sostanze chimiche i tessuti ».

Recentemente il lavaggio antisettico dei tessuti alla Parlavecchio è stato ripreso dallo stesso Goyanes (*Riv. Clin. di Madrid*, 1911) per la cura della tubercolosi articolare: dall'Enderlen e Justi (*Deut. Zeitsc. f. Chir.*, 1920), dallo Knauer (*Münch. medez. Woch.*, 1919) per la cura della sifilide cerebrale; dallo Stutzin (*Zentralblat f. Chir.*, 1919); dal Nystron (citato dallo Stutzin) per la cura dei processi flogistici acuti degli arti, e da parecchi altri.

Concludendo adunque, mentre riteniamo di vero interesse il contributo apportato all'argomento dal dott. Bonoli, dobbiamo convenire che i superiori dati bibliografici, inoppugnabili, mettono fuori discussione che la via delle arterie è stata aperta ai medicamenti dal Parlavecchio, così come quella delle vene è stata introdotta dal Baccelli.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

I disturbi dell'evacuazione nelle ptosi gastriche, atonie semplici e sindromi duodenali.

(L. TIMBAL. *Paris Méd.*, 9 febbraio 1929).

Non vi è ancora accordo sulla frequenza e sulla natura dei disturbi prodotti al funzionamento dello stomaco dal suo allungamento verticale; i raggi X sembrano all'A. il solo metodo capace di evitare errori e di chiarire la questione.

Si possono anzitutto distinguere tre gradi di allungamento verticale allo schermo: 1° grado e debole, se sorpassa la linea basiliaca di solo 4 o 5 cm; 2° grado o medio, se la sorpassa di 5 o 7 cm.; e il 3° o considerevole, se supera i 7, potendo giungere fino a 11 o 12 cm.

Per lo studio del periodo di vuotamento sarebbe bene standardizzare la tecnica, e l'A. propone di considerare normale la evacuazione che si produce in tre ore dopo ingestione di un pasto formato da 200 gr. di gelobarina in 300 cmc. di eccipiente. Così si può vedere che l'allungamento verticale dello stomaco non si accompagna fatalmente ad un ritardo dell'evacuazione gastrica, ma invece questa resta normale nella metà dei casi. Importante è il notare che il ritardo nello svuotamento può avere due origini differenti: in un caso può dipendere dalla perdita di tonicità e contrattilità, ma talora vi è un elemento sopraggiunto e cioè la situazione del duodeno.

Quando lo stomaco si allunga il duodeno può restare in posto; in questo caso il bulbo duodenale che è solidale col piloro si allunga insieme al segmento prepilorico, onde ne risulta un disturbo piloro-duodenale. Per la sopraelevazione del segmento piloro-duodenale si ha un ostacolo meccanico allo svuotamento, ed un disturbo chimico alla neutralizzazione del chimo acido nel bulbo, il che provoca e mantiene uno spasmo del piloro (de Luna).

Talora invece il duodeno segue lo stomaco nel suo spostamento, la seconda porzione duodenale assume una curva a raggio esagerato ed in più subisce la compressione dell'antro prepilorico o del basso fondo gastrico: ne risulta una sindrome di malessere duodenale che può andare fino alla stenosi.

L'A. distingue: una *sindrome spasmodica pura* del piloro; una *sindrome piloro-duodenale;* ed una *sindrome duodenale propriamente detta.*

I. *Sindrome spasmodica pura*: radiologicamente si manifesta come una striscia chiara trasversale alta uno o due dita trasverse e sormontata da una colonna cilindrica di bismuto duodenale. Corrisponde ciò in fondo ad una immagine normale esagerata. I sintomi clinici sono assai attenuati; senso di fastidio e di gonfiore analogo a quello degli aerofagi. Vi può essere profusione dell'epigastrio.

II. *Sindrome piloro-duodenale*: dal punto di vista clinico si hanno dolori tardivi, acidità, vomiti; con crisi simili a quelle da ulcera gastrica. Obiettivamente non esiste che sensibilità del plesso solare, guazzamento gastrico, spesso una contemporanea ptosi renale. La radiologia dimostra allungamento dello stomaco con permanenza nella sua posizione del bulbo che risulta stirato, così pure il segmento prepilorico. Vi è stasi lieve del bario a questo livello con ritardo della evacuazione.

III. *Sindrome duodenale propriamente detta*: clinicamente gli stessi fenomeni della sindrome precedente ma più accentuati, talora le crisi terminano con diarrea che ricorda quelle descritte nelle stenosi del duodeno. C'è frequente risentimento epatico. Radiologicamente lo stomaco appare assai allungato verticalmente e il duodeno l'accompagna nel suo spostamento. Esso descrive una curva regolare a margini regolari ad angoli smussi. Si riempie difficilmente, il bario si arresta pochi secondi nel bulbo e subisce poi un arresto più lungo nel punto più declive.

L. TONELLI.

La resezione della metà superiore dello stomaco.

(BORCHER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 152, p. 184).

L'A. dà la preferenza alla via d'accesso addominale e completa l'intervento in una sola seduta. L'operazione è indicata nel cancro della porzione cardiale dello stomaco che non interessi l'esofago o almeno che ne invada solo la parte affatto terminale. Lo scopo dell'intervento è quello di resecare la metà superiore dello stomaco e di anastomizzare il moncone esofageo con la metà pilorica residua dello stomaco.

L'intervento si inizia con una laparotomia mediana esplorativa; riconosciuta l'operabilità si aggiunge alla prima incisione un taglio trasversale per mobilizzare l'arcata costale sinistra secondo la tecnica del Marwedel, andando però dall'interno invece che dall'esterno.

Scoperto il margine cartilagineo si distaccano le inserzioni diaframmatiche all'interno spostandole verso l'alto assieme al seno pleurico che non deve essere aperto. Poi si seziona la 7ª cartilagine costale e all'esterno la 7ª, 8ª, 9ª costola. Mobilizzata l'arcata è prudente di suturare subito la incisione interna per evitare la lesione del seno per opera del divaricatore. Facendo trazione sullo stomaco, si stira il peritoneo cardiale che viene inciso a T rovesciato creando così due lembi. Poi, con un tampone, si mobilizza per via ottusa l'eso-

fago, facendo sempre trazione sullo stomaco. In genere è sufficente una mobilizzazione di 5-7 cm. senza arrivare ai 12-14 cm. possibili per evitare una eventuale necrosi del moncone. Si passa allora alla liberazione dello stomaco dal legamento gastrocolico, poi dal gastrosplenico e infine dal piccolo epiploon e dall'arteria gastrica sinistra.

Sezionato l'esofago e chiuso temporaneamente il moncone con una pinza non traumatizzante si inizia l'anastomosi a doppio strato sulla faccia anteriore dello stomaco dopo aver chiusa e affondata la linea di sezione gastrica.

Se vi è tensione della linea di sutura, si procede alla mobilizzazione del duodeno o addirittura a una esofagodigiunostomia.

L'ultimo tempo dell'intervento consiste nella chiusura del mediastino attorno all'esofago suturando il lembo destro posteriormente, e il sinistro anteriormente. Si àncora poi lo stomaco al diaframma con punti di sutura tutto attorno al neo-cardias. Segue la chiusura completa della parete dopo aver messo un grosso drenaggio di gomma nello spazio sottodiaframmatico sinistro.

Di 33 malati così operati, 9 sono guariti radicalmente. La mortalità operativa è molto alta, circa il 70 %, ma va considerata in relazione al numero delle guarigioni radicali ottenute.

VALDONI.

SANGUE.

Emoglobinuria parossistica a frigore.

(A. DALLA VOLTA e U. DE CASTRO. *Bull. Scienze Med.*, f. 2, marzo-aprile 1929).

Dopo gli studi di illustri clinici, la emoglobinuria parossistica *a frigore* è assurta ad entità clinica, riconoscendo come momento etio logico la sifilide, e come patogenesi una accessionale distruzione intravascolare di sangue, dovuta a speciali attività auto- ed isolitiche del siero (Viola), ed accanto a queste crisi emolitiche, una crisi autoanafilattica (Widal).

Per portare un contributo a questa forma morbosa, è riferito un caso clinico, capitato all'osservazione degli AA.

Paz. di anni 31, con anamnesi remota negativa: a 22 anni ulcera indolente, guarita con polvere di calomelano.

A 26 anni in seguito ad una marcia sulla neve, notò urine arrossate, ritornate normali dopo poche ore. Tale episodio si ripetette 5-6 volte in 2 mesi, sempre in seguito a raffreddamento; nella stagione invernale ogni volta che si esponeva al freddo avvertiva brividi più o meno intensi, astenia, dolori lombari, feb bre; dopo poco compariva l'urina rosso-scura.

Una R. W. praticata sul siero diede risultato positivo.

Ricoverato in Clinica, gli venne confermata la diagnosi di emoglobinuria parossistica *a frigore* con le ricerche positive del fenomeno del dito di Murri-Ehrlich, e la reazione di Donath-Landsteiner, e con la provocazione d'un accesso emoglobinurico ottenuto mercè l'esposizione al freddo (6° C.).

Durante l'osservazione di questo caso, furono eseguite le seguenti ricerche:

1) *Comportamento reciproco dell'emoglobina e dell'urobilina nelle urine.* Era stato notato che l'accesso si inizia con una fase emoglobinurica, e termina con una fase urobilinurica. Inoltre che nei casi leggeri esiste solo urobiligenuria e non emoglobinuria; queste due condizioni sono state confermate nel caso presente.

2) *Comportamento dei vari pigmenti nel sangue.* Mercè il procedimento di H. van den Bergh sono stati ricercati i rapporti quantitativi fra emoglobina e bilirubina, durante e dopo l'accesso.

All'inizio dell'accesso sono presenti entrambi i pigmenti; la bilirubina notevolmente aumentata (2,20 unità). Dopo due ore l'emoglobina è scomparsa, la bilirubina è sempre elevata nel sangue; compare l'urobilina nelle urine.

Malgrado la quantità di bilirubina nel sangue, non vi è stato accenno ad ittero.

La rapidità della comparsa dei due pigmenti, e la precocità di comparsa di urobilina nelle urine, mentre è ancora presente l'emoglobinuria, induce gli AA. a riflettere che la genesi extra-epatica, ematogena della bilirubina, merita una maggiore considerazione, benchè la urobilinuria sia stata considerata in rapporto ad una alterazione funzionale del fegato, in seguito all'eritrolisi (Micheli).

3) *Presenza dei corpi proteici nel sangue e nelle urine.* Con la ricerca refrattometrica dei proteici nel siero, questi si trovano lievemente aumentati durante l'accesso. L'albuminuria è notevole, il che conferma l'ipotesi che essa sia legata alla distruzione delle emazie. L'osservazione che l'intorbidamento dell'urina compare a 55° e scompare elevando la temperatura, ed altre considerazioni fanno supporre che si tratti non solo della solita albumina del sangue, ma di un'altra proteina, da avvicinare a quella di Bence-Jones. L'intorbidamento del siero a bassa temperatura, che scompare riscaldandolo, pongono in rilievo la particolare labilità dei colloidi del siero.

4) *Comportamento delle resistenze osmolitiche prima e dopo l'accesso.* La resistenza osmolitica risulta normale o di poco abbassata nella emoglobinuria parossistica. Con ricerche sul sangue del paz. gli AA. concludono che in vivo l'emolisina agisce sopratutto contro le emazie più giovani, e quindi più resistenti. Ma la controprova in vitro con la tecnica di Donath-Landsteiner fa notare che le emazie più resistenti sono le più sensibili al veleno emolisinico, in contrasto con il meccanismo ammesso per l'emolisi fisiologica e patologica.

5) *Valutazione della quantità di sangue emolizzato durante l'accesso.* Dall'esame emocromocitometrico, volumetrico e dell'emoglobina prima e dopo l'accesso si ha una diminuzione della massa circolante dei globuli rossi pari ad 1/23 del suo volume; la quantità assoluta di emoglobina distrutta è di 1/14 della massa totale.

CARUSI.

L'ittero ematinico.

(H. SCHMIDT. *Münch. med. Wochens.*, 5 luglio 1929).

È già stata posta la questione se, con la sola ematina, si possa avere la colorazione gialla delle sclerotiche e della pelle. L'A. riferisce qui un caso di puro ittero ematinico, in cui non vi era affatto bilirubina ed in cui, lo spettroscopio non potè rivelare altra sostanza derivante dalla sostanza colorante sanguigna (Metaemoglobina, urobilina).

Si tratta di una donna di 22 anni che, con diagnosi di appendicite subacuta venne operata. L'appendice era fissata al cieco con aderenze piatte: forte iniezione dei vasi della sierosa, rigonfiamento edematoso della mucosa; alcune ghiandole palpabili nel mesocieco. Nella sutura peritoneale venne lesa l'arteria epigastrica e allacciata al di sotto.

Due giorni dopo l'operazione, colorito pallido della malata, emoglobina a 50 %, tracce di albumina nell'urina. Infiltrato della parete addominale grosso quanto un pugno, per il quale si pensò ad un'emorragia postuma dell'arteria epigastrica.

Qualche giorno dopo colore giallo del viso e specialmente delle sclere, che poi guadagnò tutto il corpo; però di una gradazione notevolmente diversa da quello dell'ittero consueto, di un colore paglierino. Nel siero, che aveva un colore spiccatamente bruno, si trovò un alto contenuto in ematina, non aumento di bilirubina ed assenza degli altri derivati dell'emoglobina. Urina senza emoglobina, metaemoglobina, urobilina. Nella formula leucocitaria, 2 % di eosinofili e 38 % di linfociti.

La quantità di ematina arrivò fino a venti volte quella normale, poi andò gradatamente diminuendo e così pure il colore della pelle e delle sclere che, dopo circa 12 giorni scomparve; la quantità di emoglobina si andò elevando e così pure le condizioni generali andarono migliorando. L'infiltrato della parete addominale si riassorbì senza lasciare traccia.

Il caso è interessante sotto parecchi punti di vista. È noto che l'ematina si trova negli stravasi sanguigni, come p. es., nei vecchi essudati emorragici (spesso anche con metaemoglobina, ematoidina, bilirubina). Nonostante la presenza di tale sostanza, non si arriva all'ematinemia che in certe malattie, come l'anemia perniciosa, la sepsi da bacilli gassosi, nelle emorragie dopo la gravidanza tubarica. Ma anche in queste malattie, le condizioni per cui dalla presenza di focolai emorragici extravasali o di distruzione sanguigna, si arriva all'ematinemia, non sono affatto chiare.

La degradazione dell'emoglobina, cioè la separazione della ematina dalla globina e l'ulteriore trasformazione dell'ematina, che contiene ferro, in un derivato senza ferro, è tuttora inesplicata. Nell'emoglobinemia e nell'ittero bilirubinico che si ha spesso nella sepsi da bacilli gassosi, e nell'ittero emolitico, spesso l'ematina non si trova.

Alle emorragie nella cavità addominale non si può attribuire *sic et simpliciter* l'ematinemia, che manca anche in presenza di moderate emorragie. Nè la questione può essere risolta sperimentalmente, in quanto che le diverse specie animali si comportano diversamente verso i veleni sanguigni.

L'A. ha osservato che dopo le gravidanze extrauterine con trasfusione di sangue si ha un forte contenuto ematinico e così pure nella distruzione del sangue negli stessi vasi sanguigni (emoglobinemia). In alcuni casi, prima dell'operazione, si aveva elevato contenuto ematinico nel sangue e, dopo l'operazione, e, quindi, dopo l'asportazione di grandi quantità di sangue, pur senza trasfusione, un contenuto ancor maggiore. In due casi di emorragie endoperitoneali traumatiche che guarirono con trattamento conservativo, si ebbe, dal terzo giorno, leggero ittero delle sclere con numero di ematina di 6-8, non aumento di bilirubina. La colorazione della cute si ha soltanto con numero di ematina di 15-20 che si osserva raramente.

Per l'ematinemia dell'anemia perniciosa Bingold ammette la presenza di un veleno speciale, ad azione non costante, in quanto che l'ematinemia è soltanto un sintomo transitorio. Mai questo autore trovò ematina nella cachessia da tumori o nelle anemie secondarie.

L'A. trovò in un'ulcera gastrica penetrante, ematinemia a + 2, che scomparve dopo la resezione. L'ematina introdotta per iniezione, se il fegato e la milza sono intatti, viene rapidamente degradata. Il solo riassorbimento non è sufficiente per lasciare delle quantità riconoscibili nelle vie sanguigne. Sicchè, nelle emorragie addominali devono collaborare anche altri fattori per aversi un'ematinemia; piuttosto, nel sovraccarico degli organi deputati alla degradazione dell'emoglobina (fegato) si ha un ittero bilirubinico, anzichè un'ematinocromia; ciò si può riconoscere anche nei gravi stati emolitici dopo trasfusioni sanguigne; viceversa, anche con un elevato contenuto di ematina, non è sempre riconoscibile l'emoglobina.

L'A. riporta, a tale proposito il caso di una ragazza di 15 anni, in cui, 8 giorni dopo un'operazione sotto anestesia cloroformio-eterea, si ebbe: ittero intenso, emoglobinuria, emoglobinemia, sangue quasi laccato, ematina negativa.

Nell'urina; albumina, urobilina, bilirubina, sangue assente microscopicamente, presente chimicamente. La lesione sanguigna era in questo caso da ricondursi all'anestesia.

Indubbiamente, la degradazione della molecola della emoglobina esige la cooperazione di diversi fattori: sangue stravasato nel peritoneo, gravidanza, narcosi ed essenzialmente un fattore costituzionale. Probabilmente, sono importanti le lesioni del fegato e della milza. La quantità di sangue stravasata necessaria non è ben nota; nel caso dell'A. essa non era superiore ai 300-400 cmc. La degradazione dell'emoglobina si ha probabilmente per azione di fermenti e, secondo Bingold, è legata all'azione di cellule viventi.

Nel caso dell'A. erano da escludersi i momenti generalmente ritenuti come causa di ematinemia; esso si deve considerare come un vero ittero ematinico, in cui tutto il tegumento era imbibito di ematina; il colore è diverso da quello dell'ittero bilirubinico ed è tendente al paglierino. Col quadro clinico, il riconoscimento spettroscopico dell'ematina può fornire importanti conclusioni diagnostiche.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

DE URUÑUELA Y LANDÍA J. *Endocarditis maligna lenta.* Bilbao, 1928.

È un volume di oltre 200 pagine diviso in due parti: nella prima parte l'A. espone riassuntivamente i dati anatomici e di fisiologia del cuore, parla della endocardite in generale e della setticemia, nella seconda tratta della endocardite maligna lenta. L'A. non aggiunge nulla di nuovo a quanto sappiamo circa i vari problemi inerenti alla endocardite maligna lenta, sia nei riguardi della clinica della malattia, sia circa l'eziologia che per l'A. è rappresentata dallo streptococco viridans, sia per la terapia. Da ultimo sono riportati 3 casi clinici cui seguono alcune considerazioni relative ai casi stessi. È una monografia che può essere abbastanza utile per la somma di dati che ordinatamente raccoglie sull'argomento.

TRENTI.

E. EDENS. *Die Krankheiten des Herzens und der Gefässe.* Julius Springer, Berlin, 1929, pag. 1057.

In questo nuovo trattato sulle malattie della circolazione noi vediamo un'opera di vera importanza e di vero interesse sia per il medico pratico, che per lo studioso. Per il medico pratico, in quanto la chiarezza, l'ordine di esposizione, la precisione che sono le doti principali di questo trattato, lo rendono accessibile, pur nella sua mole, anche come libro di cultura generale: allo studioso, in quanto di ogni argomento la trattazione è ampia, esauriente, veramente completa; tiene conto dei lavori anche più moderni, che vengono citati, per capitolo, in un accuratissimo ed abbondante indice bibliografico. Non esiste, nel libro di Edens, argomento riferentesi alla clinica della circolazione, che non trovi la sua adatta trattazione: dall'anatomia fisiologica alla semiologia fisica e funzionale, dalla patologia e dalla anatomia patologica alla farmacologia e alla terapia. Importanti sopratutto i capitoli sulla endocardite e sulla miocardite, che rappresentano una completa esposizione, nei loro più moderni aspetti. Anche gli argomenti di trattazione più moderna, quali la periarterite nodosa, e le affezioni dell'arteria polmonare trovano esauriente esposizione. Così dicasi per argomenti che talora dai trattatisti vengono o dimenticati o accennati solo superficialmente, quali i rapporti fra circolo e gravidanza, fra circolo e sforzo muscolare, fra circolo e costituzione.

Il trattato merita veramente fra noi il successo che ha già incontrato in Germania.

G. MELDOLESI.

Rheuma probleme. Gesammelte Vorträge, gehalten auf dem I. Aertze-Kursus des Rheuma-Forschungs-Institutes am Landesbad der Rheinprovinz in Aachen. Ediz. Thieme, Lipsia 1929. Un vol. di pag. 181 con 55 figure.

Come è detto nel titolo, nel volume sono raccolte le conferenze tenute all'Istituto per lo studio del reumatismo in Aquisgrana. Medici e chirurgi tedeschi di fama, si sono occupati da diversi punti di vista, dello studio del reumatismo e dell'artrite, e ne risulta, nonostante la varietà degli elementi trattati, uno studio esteso e coordinato di questo problema.

Credo che il libro possa essere considerato completo sull'argomento trattato.

VALDONI.

C. ODDO. *La médecine d'urgence.* Vol. in-8°, di pagg. 1044, VI Ed. G. Doin, Paris, 1929. Fr. 70.

Quest'opera che fin dalla sua prima edizione fu accolta con grande favore tanto dai medici pratici che dagli studenti, per il suo duplice carattere di attualità e praticità, ha veduto in breve volgere di tempo esaurirsi rapidamente le prime cinque edizioni, ognuna di esse, sempre dall'A. migliorate ed aggiornate.

Per la morte del prof. Oddo, il di lui figlio dott. Giovanni ha curato questa VI, alla quale ha apportato ancora quelle modificazioni che l'evoluzione della scienza ha introdotto nel campo della terapia d'urgenza.

A. POZZI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

E. RIST. *Qu'est ce que la Médecine*. Editore Masson, Parigi. Fr. 25.

Sono sette studi apologetici della medicina alcuni dei quali già pubblicati in riviste scientifiche.

L'A. passa in rassegna gli sforzi faticosi che hanno condotto la medicina al punto attuale, enumera le sue interferenze con la vita moderna, illustra i benefici da essa apportati all'umanità.

Precisa quel ch'è arte e quel ch'è scienza nella nostra professione, indica le responsabilità morali dei medici.

Un saggio particolare è dedicato al giuramento d'Ippocrate.

DR.

RIVENDICAZIONI ITALICHE

Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella Medicina e Chirurgia

per il prof. LUIGI CASTALDI
Direttore dell'Ist. di Anatomia Umana Normale nella R. Università di Cagliari.

Ci è grato riportare integralmente il testo di questo lavoro, primo premiato ad un Concorso Nazionale sulle Rivendicazioni Italiche bandito dalla « Rassegna di Terapia », pubblicato su « La Riforma Medica ».

Tali e tanti sono i frutti rigogliosissimi dell'italico ingegno nel campo della Biologia scientifica ed applicata, e tale e tanto è, per colpa non solo degli stranieri, ma dei possessori stessi di sì dovizioso patrimonio culturale, l'oblio nel quale esso è in molta parte tenuto, dagli stranieri per la loro — del resto lodevole (se giusta) ed imitabile — esaltazione dei propri meriti, da noi per biasimevole indolenza e per incensamento di quanto è esotico; che volendo rivendicare alcune di queste dimenticate o poco note priorità di nostra gente nel campo della Medicina e Chirurgia, si ha davvero la difficoltà della scelta. Basta pensare che vari rami di scienza, anzi per il gran rigoglio cui essi sono pervenuti, alcune Scienze vere e proprie, furono iniziate da italiani. Ricordo:

1) la *Medicina legale*, con Fortunato Fedele, Battista Codronchi di Imola (1547-1628) e particolarmente nel 1621-1635 con Paolo Zacchia;

2) la *Medicina sociale* del lavoro e l'Igiene professionale con Bernardino Ramazzini da Carpi (1633-1714);

3) l'*Infortunistica* di recente con Lorenzo Borri;

4) l'*Elettrofisiologia* con Galvani (1737-1798), con Nobili (1784-1834) e poi con Carlo Matteucci (1811-1868), del quale Du Bois Reymond non fu che il continuatore;

5) la *Chimica-fisica* ancora col Matteucci, con Francesco Selmi di Vignola (1817-1881), con Filippo Pacini di Pistoia (1812-1883) coi suoi lavori sull'osmosi del 1873-74;

6) l'*Anatomia topografica* con Vincenzo Malacarne (1744-1816) di Saluzzo, colla sua opera: « Ricordi di Anatomia traumatica » del 1794 (1);

7) l'*Embriologia* con Francesco Redi (1626-1697), Antonio Vallisnieri (1662-1730), Lazzaro Spallanzani (1729-1799), Mauro Rusconi (1776-1849);

8) la *conoscenza dei linfatici*, con Gaspero Aselli (1581-1626) e con Paolo Mascagni (1755-1815), l'opera del quale Mascagni è rimasta tuttora insuperata;

9) la *Plastica chirurgica* con la famiglia Branca (nel 1400) e specialmente con Gaspero Tagliacozzi a Bologna (1546-1599);

10) la *Protesi cinematica* con Giuliano Vanghetti di Empoli (1898).

E potremmo continuare. Agli italiani non mancò nè manca l'ingegno, lo spirito sagace di osservazione del vero, la perspicacia inventiva di nuovi metodi: mancarono e mancano piuttosto spesso i mezzi per attuare i loro disegni, e per diffondere le loro scoperte e invenzioni. Talchè molti frutti del loro intelletto andarono così colti altrove, o sommersi nell'oblio di fronte alla colossale organizzazione di nazioni straniere. Si aggiunga lo scetticismo (e forse peggio) che spesso fra noi seppellisce reperti, che poi sono riesumati da stranieri. Citerò due esempi oltremodo dimostrativi: i corpuscoli dello studente Pacini (1835), misconosciuti o irrisi dagli scienziati dell'epoca, furono valorizzati da Henle e Kölliker (1844), e allora soltanto furono osannati dai conterranei; e, ancor peggio, Paolo Oehl (che alcuni fanno tedesco dal cognome, ma italianissimo, di Lodi, 1827-1903) ebbe il suo lavoro basilare sulla struttura della pelle ignorato, finchè 33 anni dopo l'Unna lo ripubblicò quasi per intiero in tedesco col titolo « Lavoro dimenticato del periodo classico dell'Anatomia della pelle », tanto che uno strato cutaneo fu allora chiamato « dell'Oehl ».

Volendo dunque seguire il nobile stimolo che il prof. P. Piccinini ci ha tanto saggiamente dato, le vie da percorrere in questa doverosa reintegrazione di una parte del massimo patrimonio morale nostro mi sembra che non possano essere che due: o dare uno sguardo d'assieme nei vastissimi campi medico-chirurgici alla lunghissima schiera delle italiche priorità, o trattenersi su un piccolo gruppo o su una sola di esse.

Scelgo la prima strada; ma anch'essa è tanto lunga, e breve invece è lo spazio concesso, che mi limiterò ad una centuria di rivendicazioni che non siano quisquilie, ma pietre miliari o almeno importanti tappe nelle conquiste del sapere umano; e s'intende, solo occupandomi di quelle priorità che non sono riconosciute all'estero e nemmeno, per la maggior parte, tra noi; non di quelle, purtroppo poche, che dovunque hanno il nome dell'italiano che ne ebbe il merito.

In questi 100 esempi di fulgide nostre glorie, che vanno invece sotto il nome di stranieri, mi occuperò dei campi più svariati delle discipline medico-chirurgiche, anzi della Biologia attinente alla Medicina e Chirurgia, sia perchè è veramente

---

(1) Il CASTALDI si è di recente lamentato (Riv. Storia d. Sc. Med. e nat., vol. 19, 65, 1928) che il CASTIGLIONI nella sua Storia d. Medicina abbia appena ricordato il MALACARNE senza accennare nemmeno a questa sua fondamentale priorità.

erroneo distinguere nettamente una Biologia ed una Medicina-Chirurgia, dal momento che formano insieme tutta una Biologia dell'uomo e degli animali sani e ammalati, riflettente ora argomenti scientifici, ora pratici; sia perchè non si può fare della Medicina-Chirurgia pratica senza le imprescindibili basi biologiche scientifiche. Sono le scoperte nei campi scientifici che hanno aperto e apriranno la strada alla seminagione del pratico.

Riunirò i 100 esempi in gruppi secondo la materia alla quale ciascuno si riferisce, e li esporrò *a ragion pensata* nella forma più sintetica e, per la impossibilità di lunghe documentazioni, riferendo per ciascuno quelle fonti accessibili al lettore dove tale documentazione fu data. E di proposito questa prima centuria (cui altre potranno seguire tanta è la fecondità nostra in proposito, se la bellissima iniziativa della *Rivista di terapia moderna* continuerà) comprende solo rivendicazioni, *alcune delle quali mie originali*, di cui è possibile la dimostrazione nel modo più inconfutabile.

A) Biologia generale.

1) *La invenzione del microscopio è italiana.* Galileo Galilei fu il primo a costruire un microscopio semplice nel 1610, che chiamò « occhialino » e che il greco Demisciano, membro dell'Accademia dei Lincei, chiamò « microscopio ». Ciò fu dimostrato da Govi e da Caverni (2).

Il primo microscopio composto non fu nè quello di Hans e Zacharias Janssen, nè quello di Leeuwenhoeck, ma fu costruito nel 1618 da Francesco Fontana di Napoli, costruttore anche di telescopi, come riesumò il Caverni (l. c.), riesumazione a sua volta dimenticata. Nel 1665 il fisico inglese Robert Hoocke vedeva le prime *cellule* vegetali, e così le chiamò; nel 1671 Marcello Malpighi le rivedeva e le chiamò « sacculi » o « otriculi »; però fu lui il vero creatore dell'Anatomia microscopica, poichè pel primo considerò le cellule fondamento degli organi e intravide che ciò vale per tutti gli organismi viventi. Solo nel 1677 lo studente Hamm vedeva col microscopio di Leeuwenhoeck gli spermatozoidi. Il Lancisi (1654-1720) fu il primo ad affermare la necessità che anche il medico si famigliarizzasse all'osservazione microscopica.

2) *Il nucleo cellulare.* Non fu scoperto da R. Brown (1831), come molti vogliono. Egli ebbe il merito di riconoscerlo come elemento normale delle cellule vegetali, e Valentin lo riconobbe dopo in quelle animali. Ma il nucleo era stato visto già da Felice Fontana di Fornarolo nel Trentino (1730-1805), fondatore del Museo della Specola di Firenze, quando nel 1781 figurò e descrisse la cellula come un corpo uniforme munito di una « macchia » nel suo centro (3).

Un altro grande, Filippo Pacini, fu il primo a riesumare ciò, ma pressochè invano.

3) *I movimenti citoplasmatici.* Vanno anche essi sotto il nome di Brown (1827). Però Bonaventura Corti (1729-1831) rilevava in *Chara* e *Caulinia* movimenti intracellulari nel 1772-1775. Vero è che queste sono correnti citoplasmatiche e i movimenti browniani sono oscillazioni peculiari; ma comunque il Corti, semidimenticato (ora ne accenna nel suo trattato di Istologia il Levi), fu il primo che vide movimenti in seno al citoplasma.

4) *Diapedesi.* A proposito di diapedesi nella flogosi, di cui è attribuita la scoperta a Waller e Cohnheim, è interessante citare un molto chiaro passo di Paolo Mascagni: « Quoties in partibus inflammatione affectis globulos sanguineos in celluloso textu extra vas deprehendi » (4).

5) *Alcune prime localizzazioni nel germe.* Si scrive che Reichert distinse nel germe un « tuorlo » principale e uno accessorio. Ma Mauro Rusconi aveva già precisato esattamente quale parte dell'uovo segmentato diviene embrione e quale no. Così le isole sanguigne embrionarie furono descritte da Wolff e da Pander, l'argomento fu poi ripreso da His. Ma Malpighi aveva già, oltre che descritte le « aree » dell'embrione del pollo, osservato che il sangue si forma prima che il cuore, e che il sangue non ha allora tutti i componenti che vi si trovano poi (vedi *De formatione pulli: De ovo incubato*, Op. II, p. 57 e 79).

6) *Osmosi e endosmosi.* Il siciliano Foderà (1792-1848), nominato a trent'anni membro dell'Istituto di Francia, e che fu aiuto prezioso di Magendie, scoprì nel 1822 la legge dello « assorbimento » e dell'« esalazione » (osmosi e endosmosi), della quale sei anni dopo s'impadronì il Dutrochet (5).

7) *Le culture in vitro di Carrel.* Nel 1907 Harrison aveva coltivato cellule di rana. Ma nel 1910 Guido Volpino a Torino, ignorando Harrison (e lasciamo anche andare ciò), ma comunque due anni prima di Carrel (e solo con i lavori di Carrel furono conosciuti quelli poco diffusi di Harrison), coltivò per la prima volta cellule di mammiferi, non solo, ma per la prima volta le coltivò alla temperatura di termostato. Volpino ottenne moltiplicazione cariocinetica di frammenti di tumore di topolino coltivato in siero sterile di cavallo a 37° (6).

E già che torna l'argomento su Carrel che ha reso così famosi i suoi innesti, va ricordato che Paolo Mantegazza, coi suoi innesti felicemente riusciti (1862-1866) schiuse la via ai successivi sperimentatori.

8) *Il tessuto reticolare.* Questo tessuto connettivale che oggi ha assunto una enorme importanza come substrato degli organi più svariati, tanto che non si apre più periodico medico senza che non si trovino indagini in proposito, a distribuzione pressochè universale nel corpo dei vertebrati, là dove sono capillari sanguigni (M. Volterra), si ritiene descritto per primi da Billroth (Müllers Arch., 1857), Kupffer, Oppel, ecc. Invece nel 1849 Atto Tigri (1813-1875) di Pistoia (7) lo

(2) Caverni. *Storia del metodo sperimentale in Italia.* Firenze, Civelli, 1891, e segg.

(3) Fontana P. *Traité sur le venin de la vipere etc.; y a joint des observations sur la structure primitive du corps animal.* Florence, 1781.

(4) *Vas. linf. Historia.* Senis 1787.

(5) La rivendicazione è fatta da Grassi G. *I progressi della Biologia e delle sue applicazioni pratiche conseguite in Italia nell'ultimo cinquantennio.* Roma, Tip. Lincei, 1911.

(6) Riforma medica, 1928, pag. 953.

(7) Giorn. di Scienze med. il Progresso. Firenze, 1849.

scopriva e lo descriveva nella milza, dandone anche una figura molto piccola, ma in tutto *identica* a quella classica dell'Oppel (1891), e lo chiamò, precorrendo i tempi attuali, « trama microscopica », mentre poi fu difettosamente o erroneamente denominato « tessuto adenoide, citogene », ecc. Fu rivendicato, ma invano, da Romiti e da Castaldi (8), che proposero di chiamare « reticolo del Tigri » il tessuto reticolare.

9) *I muscoli rossi e bianchi di Ranvier.* Oggi molti fisiologi che si occupano del tono muscolare danno grande importanza pel suo determinismo e nella questione della innervazione muscolare relativa, al reperto, detto di Ranvier (nato nel 1835 a Lyon), dell'esistenza, spiccata in alcuni animali, meno evidente nell'uomo, di muscoli bianchi e rossi. Ciò era stato veduto dal nostro Lorenzini nel 1678!

10) *Il concetto di glandola.* Oggi noi riteniamo le glandole come introflessioni degli epiteli nei tessuti sottostanti, con peculiare funzione delle cellule così approfondatesi. Si fa risalire a G. Müller nel secolo scorso l'aver definito le glandole in tal modo. Ma Marcello Malpighi aveva scritto: « Glandula simplicissima est membranula cava cum emissario (Op. posth.) », il che, scrisse giustamente il Romiti, « sarebbe anche oggi una buona definizione » (9).

11) *Alcune fondamentali scoperte sulla fibra nervosa.* Il cilindrasse si vuole scoperto da Roberto Remak (1815-1865) che lo chiamò « nastro primitivo », mentre Giovanni Evangelista Purkynje (1787-1869) lo chiamò « cylinder axis ». In realtà il Fontana a pag. 205 del suo « Traité », già citato, aveva scritto, prima che costoro nascessero, nel 1781: « Sospettai allora che il cilindro nervoso primitivo fosse formato da un cilindro trasparente più piccolo, più uniforme e coperto da un'altra sostanza ».

E lo stesso Fontana aveva già veduto la guaina che poi si disse guaina di Henle. Ma Friedrich Gustav Jakob Henle visse dal 1809 al 1885 e non fece che meglio descriverla.

E ancora il Fontana pel primo studiò la rigenerazione dei nervi (l. c., p. 177).

12) *Due precursori italiani delle dottrine evoluzionistiche.* Dal 1812 al 1830 fu professore di zoologia a Torino Franco Andrea Bonelli, che presentò all'Accademia delle Scienze di Torino un lavoro: « Saggio di alcune ricerche intorno all'influenza che le diverse circostanze esercitano sugli animali, dirette al perfezionamento dei mezzi di migliorare le razze degli animali domestici ». Questo lavoro di filosofia naturalistica non fu voluto leggere e fu fatto ritirare (lo stampò nel 1906 nel numero 535 del Bollettino dei Musei di Zool. e An. comp., di Torino, il Camerano, e il successore del Bonelli, il Genè, nel tessere l'elogio di lui, ne tacque). Questa congiura del silenzio si deve a che allora dominavano i concetti di Cuvier e vi influirono le condizioni politiche del tempo con una censura ecclesiastica inesorabile (10).

---

(8) Riv. storia d. scienze med. e nat., XV, numeri 11-12, 1924.

(9) *Trattato di Anatomia.* Milano, Vallardi, pagina 118 del I vol.

(10) Vedi Camerano L. Mem. Acc. Scienze. Torino, s. II, volume 60, 1910.

È più che nota la legge di Ernest Haeckel (1834-1919) che la ontogenesi ricapitola la filogenesi, come è noto che essa va presa solo in modo approssimato, e non rigoroso come Haeckel credette. È invece meno noto che Filippo Civinini di Pistoia (1805-1844) aveva già, se non precisamente formulato, concepito questo importante principio biologico.

13) *La Embriologia sperimentale.* Il nostro Lombardini da Pisa fu il primo nel 1869 a fare esperimenti di teratologia, avanti che Dareste fosse considerato il fondatore della Teratologia sperimentale e che Wilhelm Roux creasse la Morfologia sperimentale.

Così pure ricordo che il capitolo dell'Elettrofisiogenia (studio delle manifestazioni ed esperimenti di elettricità in uova e embrioni) fu creato da Rusconi, Lombardini, Fasola, Umberto Rossi (11).

14) *La teoria di Cohnheim sull'etiologia dei neoplasmi.* È nota la teoria detta di Julius Cohnheim 1839-1884) sulla produzione dei tumori da germi embrionali (1875). Senonchè un anno prima Durante scriveva nell'« Archivio » del Palasciano (12): « Or bene, gli elementi che hanno conservato i caratteri anatomici embrionali nell'organismo adulto, o che li hanno riacquistati per un deviamento delle attività chimico-fisiologiche, rappresentano per me gli elementi generatori di ogni neoplasma propriamente detto e specialmente di quelli maligni ». Ogni commento a tali perentorie affermazioni guasterebbe.

15) *I precursori della Biomatematica furono italiani.* Le prime introduzioni di misurazioni per dare basi quantitative alla Biologia furono quelle di Santorio Santorio di Capodistria (1561-1636) nell'indagare attraverso le oscillazioni del peso dell'uomo sulla bilancia i fenomeni del ricambio (pubblicate nel 1614), di William Harvey (di Folkestone, 1578-1657) con dimostrazioni matematiche sulla circolazione del sangue, e di Giovanni Alfonso Borelli (Napoli, 1607-1679) nello spiegare con le leggi della meccanica i fatti più importanti della vita animale.

Venendo ai metodi statistici moderni, che quasi tutti fanno risalire nella Biologia al belga Adolfo Quetelet (1796-1874) coi suoi lavori pubblicati dal 1845 in poi, cui seguì la Biometrika di Galton e Pearson; già l'abate Giuseppe Olivi di Chioggia (1769-1795) col suo « Saggio sulla proporzionalità trovata nell'accrescimento dei granchi, delle conchiglie e dei pesci » (Bassano 1792) precorse gli studi biometrici, come hanno riesumato Camerano (13), Castaldi (14), Pigorini (15), M. Boldrini (16).

(*Continua*).

---

(11) Vedi Ruffini A. *Fisiogenia.* Milano. Vallardi, 1925.

(12) Durante. *Nesso fisiologico fra le strutture dei nei materni e la genesi di alcuni tumori maligni*, 21 maggio, 1874.

(13) Boll. Musei Zool. e An. Comp. Torino, 20, n. 484, 1905.

(14) Mon. Zool. ital., 32, 34, 1921.

(15) Ateneo veneto, 47, 1, 1925.

(16) Biometrika. Padova, Casa ed. Milani, 1927.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VIII Congresso Internazionale di Chirurgia.

Nei giorni 22-25 luglio u. s. ha avuto luogo a Varsavia l'VIII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia. Imponente è stato il numero dei congressisti intervenuti: il gruppo più numeroso fu l'italiano rappresentato da molti Clinici, Patologi e Primari.

Ai Congressisti furono fatte calorose accoglienze; vennero offerti ricevimenti dal Presidente della Repubblica Polacca, dal Presidente del Consiglio, dal Municipio di Varsavia. Ai Congressisti italiani fu offerto inoltre un ricevimento dall'Ambasciata d'Italia e dal Fascio di Varsavia.

Il Congresso tenne i suoi lavori al Palazzo del Consiglio; venne aperto il 22 luglio con un discorso del Ministro dell'Interno polacco, eminente chirurgo militare e del Presidente della Società, prof. Hartmann di Parigi.

Il primo tema all'ordine del giorno era: *Cause e meccanismi dell'embolia post-operatoria*. Relatori i proff. Forgue, Ritter, Govaerts, Chiasserini, Matas.

Per necessità di spazio daremo solo i riassunti delle relazioni, trascurando la discussione, talora anche molto viva.

Cause e meccanismi dell'embolia postoperatoria.

1° Relatore: prof. E. Forgue (Montpellier). — L'O. tratta l'argomento dal punto di vista pratico e clinico, studia cioè quelle cause che dai dati raccolti, possono essere considerate quali cause predisponenti, se non efficienti, dell'embolia post-operatoria.

Più comunemente gli interventi che possono presentare questa grave complicazione sono quelli praticati in una « zona pericolosa » compresa fra il diaframma e il perineo e sono specie le operazioni pelviche (isterectomie per fibromiomi e per cancro, prostatectomie) che presentano il rischio maggiore. In questi interventi bisogna considerare l'importanza di quei fattori cui si attribuisce la causa dell'E. Primo fattore importante è la « stasi venosa » quindi, regola profilattica, attivare *prima dell'operazione*, la circolazione nella zona stasica con cardiotonici e modificare la crasi sanguigna (riportando al normale il tempo di coagulazione, disintossicare l'organismo); in più prevenire l'infezione autogena da coli-bacillo e da enterococco di origine intestinale, con la disinfezione pre-operatoria dell'intestino e la vaccinazione preventiva.

Durante l'operazione ricordare il valore profilattico dell'« asepsi » operatoria e l'importanza di evitare manovre meccaniche che ledano l'integrità della parete venosa come i stiramenti, le legature in massa, la forcipressura di grossi peduncoli, ecc.

Dopo l'operazione è indicato di far eseguire movimenti precoci, la ginnastica a letto, le ispirazioni profonde, la somministrazione di cardiotonici. Il regime alimentare sarà ridotto e curata l'evacuazione regolare dell'intestino. In caso di aumento post-operatorio della coagulabilità sanguigna è indicata la irudinizzazione.

Non vi sono segni premonitori sicuri della trombo-embolia.

2° Relatore: A. Ritter (Zurigo). — L'O. svolge la sua relazione dal punto di vista della fisio-patologia chirurgica; egli tratta della « etiologia della trombosi venosa post-operatoria quale causa della trombo-embolia post-operatoria secondo le moderne ricerche ».

La formazione di un trombo costituisce un fenomeno complesso. Oggi si attribuisce una importanza maggiore di prima alle alterazioni delle pareti vasali e alle modificazioni del sangue. L'intervento chirurgico, le cure pre- e post-operatorie determinano modificazioni degli scambi endoteliali, del chimismo sanguigno e della corrente circolatoria; questi fattori si associano spesso ad una predisposizione trombotica.

1° *Il rallentamento del circolo* determina, per le modificazioni di velocità della corrente, un aumento del numero delle piastrine e dei leucociti parietali. Se si presenta allora una condizione favorevole, è più facile l'agglutinazione di questi elementi fra loro e con la parete vasale. Il rallentamento del circolo permette inoltre un'azione più intensa dei prodotti anormali del sangue sulle proprietà del plasma e della parete vasale.

2° *Alterazioni della composizione del sangue.* Dopo l'intervento, diminuisce la quantità di albumina del siero (ipo-proteinemia post-operatoria) e aumentano relativamente le globuline; aumentano la viscosità, la labilità del plasma e la percentuale di fibrina per cui l'agglutinazione globulare e l'aderenza alle pareti sono rese più facili; lo stesso avviene per la precipitazione della fibrina e la coagulazione. Queste condizioni favoriscono la produzione di un primo deposito fibrinoso e l'accollamento degli elementi del sangue alla parete venosa costituendo così il primo abbozzo del trombo.

3° *Alterazioni dell'endotelio e delle altre tuniche vasali.* Tutti gli endoteli si comportano allo stesso modo; quelli vasali hanno più netto il potere di reagire agli stimoli esterni appena la misura della loro tolleranza fisiologica sia sorpassata. Fra i prodotti capaci di irritare l'endotelio si possono elencare: batteri e loro tossine; albuminoidi e loro prodotti di disintegrazione provenienti da ferite settiche o asettiche, da tumori, da ematomi, da ascessi, da focolai necrotici; veleni chimici; secrezioni interne. Quando questi stimoli agiscono per un tempo sufficiente determinano delle alterazioni fisico-anatomiche nei rapporti fra il sangue e l'endotelio: aumento della ionizzazione albuminoide, differenza del potenziale sangue-endotelio, modificazioni colloidali, ecc.

Si ha così la formazione di nuovi depositi parietali, l'estensione del processo verso le diverse tuniche parietali e verso il sangue. Quando i disturbi circolatori e le alterazioni sanguigne sono accentuate, si estendono gradualmente e producono una trombosi progressiva delle grandi e delle piccole vene.

Le alterazioni colloidali, che producono le flebiti localizzate o le trombosi a distanza, dipendono in larga misura da processi di ossidazione. Si deve respingere l'ipotesi di una attività secretoria specifica delle cellule endoteliali capace di

aumentare o diminuire la coagulazione. Indipendentemente dalle cause fondamentali bisogna tener conto, in ogni caso di trombo-embolia, di una disposizione individuale e generale alla trombosi.

L'etiologia generale dipende da particolarità ereditarie e costituzionali come pure da condizioni anatomiche generali e da disposizioni acquisite. Questi fattori spiegano la disposizione speciale di alcuni individui alle trombosi e la predilezione di questa affezione per alcune regioni.

Le alterazioni dell'endotelio vasale e della composizione del sangue sono favorite dall'infezione grippale, dalle iniezioni endovenose e dalle trasfusioni. Ricerche sperimentali confermano i dati clinici sulla importanza etiologica dei fattori indicati (grippe, postumi di guerra, cure endovenose, ecc.) che hanno acquistato particolare importanza negli ultimi anni parallelamente all'aumento di frequenza delle embolie post-operatorie.

3° Relatore: A. CHIASSERINI (Venezia). — La relazione si occupa delle embolie post-operatorie derivanti da trombi formati da elementi di origine ematica e sopratutto delle embolie polmonari massive.

Fa uno studio statistico sulle circostanze che possono apparire causali dell'embolia post-operatoria. Il rischio operatorio generico oscilla fra 0,25-0,50 %. La frequenza dipende specialmente dall'età dei pazienti (dopo i 40 anni) e dalla sede dell'intervento (85-90 % di E. P. dopo interventi sull'addome). L'esame delle statistiche dimostra l'importanza di altri fattori, così: riposo a letto prolungato, sforzi, costituzione individuale (adiposità, ipotireosi, ecc.), esistenza di lesioni cardiovascolari, ecc.

Le osservazioni cliniche dimostrano la grande importanza del fattore — rallentamento del circolo venoso — e il R. ricorda varie circostanze clinico-operative che fanno risaltare l'importanza della stasi venosa nell'insorgenza delle trombosi post-operatorie.

Grande importanza ha pure il II fattore: l'infezione. Questo è stato dimostrato oltre che dalla statistica sulla frequenza delle E. dopo interventi settici e asettici anche dall'aver constatato germi nell'interno dei trombi e degli emboli. È probabile che l'infezione agisca in via indiretta intensificando quelle alterazioni del sangue che si verificano dopo ogni atto operatorio.

Pare che non abbiano una importanza eguale a quella degli altri fattori le fini alterazioni dell'endotelio vasale.

Le cause elencate vanno considerate come *adiuvanti*, le vere cause determinanti devono invece ricercarsi in speciali modificazioni del sangue, seguenti all'atto operativo.

Il R. ha cercato di studiare in parte queste modificazioni dall'esame del modo di comportarsi della velocità di sedimentazione delle emazie in 100 operati che è risultata sempre aumentata. Crede che ciò sia dovuto specialmente al riassorbimento di sostanze di disintegrazione che hanno una spiccata azione tromboplastica. Se questo assorbimento avviene più o meno intensamente o rapidamente, varia anche in limiti massimi la modificazione fisico-chimica del sangue che, in determinati territori dove la stasi venosa è più accentuata, può coagulare su vaste zone e dare quelle embolie rosse che non lasciano trovare il trombo iniziale

La profilassi dell'embolia è difficile per la molteplicità dei fattori. Il R. enuncia alcune regole: 1) ridurre al minimo la produzione di sostanze tromboplastiche e limitarne l'assorbimento; 2) migliorare al massimo le condizioni del circolo. La prima regola presuppone la correttezza della tecnica operatoria, l'emostasi minuziosa, lo scrupolo dell'asepsi.

Alla fine il R. si occupa delle embolie paradosse e suggerisce un metodo personale di arteriografia per localizzare la sede dell'embolo negli arti. La relazione è stata illustrata con proiezioni di curve di sedimentazione dei globuli rossi, e di arteriografie.

4° Relatore: P. GOVAERTS (Bruxelles). — L'O. si occupa della patogenesi delle trombosi post-operatorie dette « spontanee » che si stabiliscono insidiosamente, il più spesso nelle vene femorali o iliache, lontano da ogni focolaio infettivo, e che sono la causa più frequente dell embolia polmonare mortale.

1) *Struttura dei trombi*. Il trombo si inizia da accumuli di piastrine che subiscono la metamorfosi viscosa e s'accrescono poi formando delle lamine e delle produzioni coralliformi, coperte da leucociti e riunite da filamenti di fibrina.

2) *Risultati sperimentali sull'agglutinazione delle piastrine, la loro metamorfosi viscosa e la loro influenza sulla precipitazione della fibrina.* L'agglutinazione è conseguenza delle modificazioni della superfice delle piastrine a contatto di corpi estranei; può essere temporanea o definitiva con la fusione in un sincizio (metamorfosi viscosa). L'agglutinazione può prodursi anche nel sangue circolante secondariamente all'iniezione di germi o succo di tessuti. La precipitazione della fibrina è favorita dall'abbondanza delle piastrine e dalla loro disintegrazione. Azione simile è posseduta anche da germi che hanno un forte potere agglutinante per le piastrine.

3) *Dati clinici sulle circostanze che favoriscono la formazione di trombi post-operatori.* In primo luogo è l'alterazione del sangue: leucocitosi, aumento del fibrinogeno, abbassamento del rapporto albumine-globuline, acceleramento della sedimentazione, modificazioni della viscosità, coagulabilità, ecc.

L'abbondanza del fibrinogeno diminuisce la carica elettrica delle emazie e delle piastrine e facilita la loro agglutinazione.

Anche per le trombosi spontanee bisogna prendere in considerazione l'infezione. In questi casi, secondo ricerche recenti, la presenza di germi è costante.

Il rallentamento della corrente sanguigna spiega la localizzazione dei trombi in determinati territori.

A spiegare come si inizi la formazione del trombo, il R. ammette che nel sangue modificato dal traumatismo e in cui l'agglutinazione degli elementi è resa più facile, si costituiscano ammassi di piastrine sia a contatto di particelle asettiche provenienti da tessuti contusi che a contatto di germi a scarsa virulenza. Questi ammassi, se la circolazione è normale, embolizzano i capillari con effetti insignificanti. Quando in alcune vene è rallentato il circolo, gli ammassi di piastrine si fermano nei punti morti e si accrescono per apparizione di nuove piastrine e di fibrinogeno. Così accresciuti alterano ancora di più la circo-

lazione già rallentata, aderiscono alle pareti e finiscono per realizzare il quadro completo del trombo post-operatorio.

Questo punto di vista ha tutt'ora carattere di ipotesi perchè non si sono osservate mai le fasi di sviluppo del trombo post-operatorio; così la discussione è ancora aperta sulla presenza o meno di germi in seno ai trombi « spontanei ».

Matas (New-Orleans). — *L'aumento progressivo delle trombo-embolie come risulta dalle statistiche americane ed europee.*

Il lavoro del Relatore, denso di cifre, si presta male a un riassunto. Dall'esame camparativo delle statistiche afferma che vi è tendenza spiccata all'aumento numerico progressivo delle tromboembolie. Enumera le cause possibili e crede di dover dare speciale importanza da un lato alla maggiore complessità delle manovre operative, dall'altro al fattore individuo in sè stesso. Fa una disamina accurata delle cause possibili insistendo specialmente su quelle che possono avere importanza nella profilassi e nella cura.

* * *

Nella discussione delle relazioni, numerosi chirurgi portano osservazioni personali e delucidazioni di particolari aspetti del problema. Si insiste da quasi tutti, sulla grande importanza dell'infezione, della tecnica operativa (delicatezza di manovra, abolizione delle legature in massa, ecc.), sulla preparazione preoperatoria dell'operando. Dei chirurgi italiani hanno preso parte alla discussione i proff. Donati, Giordano, Chiarolanza, Santoro.

(*Continua*).

Riunione scientifica della Sezione Laziale della Federazione Stomatologica Italiana.

Seduta del 19 maggio 1929.
Presidente: prof. Perna.

Stomatite ulcerosa con perdita completa dei denti e nevrosi ossea durante una cura arsenobenzolica.

Dott. L. Marziani. — Un paziente intraprende una cura di arsenobenzolo per lue rimasta ignorata per anni e manifestatasi con atassia locomotrice. Subito dopo la settima iniezione è assalito da febbre elevata con tutto il quadro sintomatologico della stomatite ulcerosa. Prescindendo dalla patogenesi di questa forma, ancora tanto discussa dagli AA. per la non provata azione patogena del bacillo fusiforme, l'O. mette in rilievo come sia indispensabile uno stato di minore resistenza sia locale che generale dell'organismo e che nel caso in esame può essere determinato dall'arsenobenzolo. Il caso è anche e sopratutto interessante perchè, di fronte alla ricca letteratura in riguardo alle stomatiti bismutiche e mercuriali poco o nulla c'è per quelle arsenobenzoliche.

Mancanza di denti decidui e ritardata fuoriuscita dei permanenti.

Dott. C. Gasparini. — Esclude le cause ereditarie e di carattere evolutivo in rapporto alla filogenesi e alla ontogenesi dello sviluppo dei denti, ritiene che tale anomalia ripeta la sua origine dal trauma procurato dalla branca del forcipe durante l'estrazione del feto nato a 7 mesi. Accenna infine rapidamente al quesito medico-legale e tratta della terapia.

Di un nuovo preparato per distruggere la polpa dentaria.

Dott. P. Albanese. — L'O., messi in rilievo i vantaggi e gli inconvenienti dell'acido arsenioso come mezzo per distruggere la polpa dentaria, riferisce di avere adottato nella pratica con ottimo successo un preparato così composto:

Acido arsenioso e Cocaina ana 2; Adrenalina sintetica purissima polvere 1. — M. e sciogli in soluzione satura di guaiacolo.

Imbevere di detta soluzione cotone idrofilo per ottenere della fibra. L'aggiunta dell'adrenalina, per la sua azione vasocostrittrice evita l'iperemia, quindi il dolore, l'ectasia e la trombosi, e quindi la necrosi, nè impedisce all'arsenico di agire come escarotico sulle zone superficiali della polpa, in modo che la si può rimuovere senza distruggerla completamente.

Perna presenta un caso clinico di *anomalia numerica dei denti dell'arcata inferiore con ritenzione del secondo multicuspidato inf. di sinistra, con formazione di cisti suppurata.*

Seduta del 5 luglio 1929.

Un nuovo tipo di caoutchouc: caoutchouc semirigido.

Dott. P. Albanese. — La modificazione consiste nella percentuale dello zolfo che invece di essere di 25 è di 35. Dopo la vulcanizzazione, questo nuovo tipo di *caoutchouc* è, a temperatura ordinaria di ambiente, adatto a essere manipolato e levigato; nella bocca, invece, ossia alla temperatura di 37°, diventa molle, e quindi sostituibile a quello usuale in tutti i casi nei quali se ne presenti l'indicazione.

Vulcanite, Walkerit ed Hekolith.

Dott. Carlo Gasparini. — Discute ed accenna i pregi di questi singoli materiali.

Perna. presenta un *caso tipico di stomatite ulcero-membranosa di Vincent* verificatasi in seguito a una infezione morbillosa. Ne illustra la eziologia e riconferma l'efficacia del trattamento con i preparati jodici applicati localmente.

Piperno mostra un *apparecchio in vulcanite per la correzione degli incisivi superiori protrusi.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Diagnosi fra febbre tifoide e stafilococcemia.

F. Masselot e Bozon (*La Tunisie medicale*, genn. 1929) riferiscono il caso di una giovane di 19 anni, in cui la malattia si installò progressivamente, con sensazione di stanchezza, inappetenza, costipazione, cefalea, febbre che si innalzò gradatamente rimanendo fra i 39° ed i 40°, con la consueta curva ad altipiano della febbre tifoide. Si manifestarono roseole, si ebbe diarrea, stato tifoso, miocardite, aumento di volume della milza, gorgoglìo cecale. Ricerca del parassita malarico negativa, sierodiagnosi per la tifoide ripetutamente negativa. Polso a 120, manifestazione di escare alle natiche.

Si interviene con un ascesso di fissazione e si fa un'emocoltura che è positiva per lo stafilococco aureo. Formatosi l'ascesso di fissazione, lo si incide. La febbre si abbassa, il polso discende a 100. Ma, in seguito, la temperatura ascende nuovamente; una nuova emocoltura ridà ancora lo stesso stafilococco.

Gradatamente, la temperatura discende alla normale, le escare guariscono, lo stato generale migliora e le malata guarisce, evenienza non frequente nella stafilococcemia.

Il caso dimostra la necessità di procedere all'emocoltura quando, in presenza di sintomi di tifoide, i ripetuti esami sierologici sono negativi. *fil*

Il taurocolato di sodio per la ricerca nel sangue di germi patogeni d'origine intestinale.

La diagnosi etiologica precoce delle infezioni intestinali non è possibile se non si mettono in evidenza i germi patogeni nel sangue, ma il potere battericida del siero impedisce spesso di trovare i germi. L'aggiunta di debole quantità di bile ostacola questa distruzione battetrica e la miscela sangue-bile costituisce un buon mezzo di cultura. Le esperienze intraprese da W. Pfannenstiel e Kotrmann (*Münch. Med. Woch.*, 8 marzo 1929) hanno dimostrato che la bile può essere sostituita con vantaggio dal taurocolato di sodio.

Per la tecnica, una piccola quantità di taurocolato viene aggiunta ad alcuni centimetri cubi di sangue, dopodichè si centrifuga alcuni minuti per far depositare il sale. Durante il tempo d'incubazione, il sangue prende spesso una consistenza gelatinosa, che non ostacola affatto lo sviluppo dei germi.

Il taurocolato, secondo gli AA., è superiore alla bile, la quantità da adoperarsi non deve essere misurata rigorosamente, onde, per la sua semplicità, il metodo deve essere consigliato nella pratica corrente.

A. P.

CASISTICA.

La sterilità nel maschio.

La causa più frequente della sterilità maschile è rappresentata dagli stati di congestione e di flogosi della prostata e delle vescicole seminali, per i quali viene compromessa in maniera più o meno accentuata la vitalità degli spermatozoi. Non sempre però tali stati sono di origine gonococcica, potendo essere in rapporto anche a dei semplici focolai di infezione esistenti in vari organi (denti, tonsille, ecc.); ed ammesso anche che si tratti inizialmente di infezione gonococcica, questa ha agito solo nei primi periodi, subentrando poi l'azione di altri germi, tra cui in special modo lo stafilococco e il coli.

Un'altra causa locale di sterilità è il varicocele, il quale agisce meccanicamente, impedendo il regolare afflusso di sangue al testicolo.

Devono poi essere menzionate tutte le cause costituzionali, e in special modo le alterazioni del ricambio in rapporto a nutrimento scarso o inadeguato. Una dieta appropriata per mantenere una fertilità notevole dovrebbe contenere: 90-100 g. di sostanze proteiche; 100 g. di grassi; 200-250 g. di carboidrati, in modo da fornire 2300-2500 calorie, oltre la quantità adeguata di vitamine.

Tutte le cause sopracitate sono passibili di trattamento medico-chirurgico, mentre alcun rimedio esiste nei casi di aspermia per bloccaggio flogistico degli epididimi.

Onde poter emettere un giudizio sul grado di sterilità di un soggetto, è necessario rendersi conto del numero degli spermatozoi contenuti nel suo seme, e poichè esistono idee disparate in proposito, M. B. Sanders (*Journ. of the Am. Ass. f. M. Phys. Res.*, 15 lug. 1929) espone le modalità del metodo di ricerca da lui escogitato.

Il seme viene raccolto all'atto dell'eiaculazione in piccole bottiglie sterilizzate e ben tappate, le quali devono venir conservate a temperatura del corpo, tenendole magari sotto l'ascella.

L'osservazione microscopica va fatta non oltrè le due ore dopo l'emissione, studiando attentamente la motilità e la morfologia degli spermatozoi, e l'eventuale presenza di elementi estranei. Si passa poi al conteggio, osservando la percentuale di quelli restati in vita dopo 15 minuti di esposizione alla temperatura ambiente.

La tecnica dèlla conta sarebbe la seguente: si aspira il seme fino al segno 0.5 di una pipetta per globuli bianchi, e si diluisce aspirando fino al segno 11 una soluzione di bicarbonato di sodio (5 %) e formalina (1 %). Dopo aver bene mescolato, una goccia vien posta

sul vetrino del Thoma-Zeiss, e si contano gli spermatozoi come se si trattasse di leucociti. Stabilito il numero per millimetro quadrato, si fa il seguente calcolo: numero per millimetro quadrato × 10 (profondità), × 20 (diluizione) = al numero per millimetro cubico, e × 1000 = al numero per centimetro cubico. Se gli spermatozoi sono assai numerosi è sufficiente contare quelli contenuti nei 4 grandi quadrati d'angolo, moltiplicando poi per 4.

Le cifre ottenute si aggirano nella maggioranza dei casi intorno ai 100.000.000 per centimetro cubico, potendo però variare immensamente, dallo 0 a 300.000.000.

Eseguendo tali numerazioni, sarebbe possibile constatare gli eventuali progressi del trattamento istituito in caso di sterilità.

M. FABERI.

La balanite.

La balanite è l'infiammazione della mucosa del glande; essa esiste raramente allo stato isolato ed è per lo più associata con l'infiammazione della mucosa prepuziale, la consueta forma di balanopostite.

Eziologia. Vi sono predisposti gli individui con fimosi prepuziale ed i diabetici. Come cause occasionali possono citarsi: eczema, herpes, ulcera molle, sifilide, blenorragia, l'affezione può essere occasionata dalla masturbazione e dal coito, più raramente dalla applicazione di un prodotto medicamentoso.

La balanite indica sempre un processo infettivo locale.

Segni clinici. Nel primo stadio, si ha arrossamento, più o meno esteso, disseminato da punti rossi. La secrezione si inspessisce fino a diventare purulenta; il malato si lamenta di una sensazione di calore e di prurito.

Nel secondo stadio, si ha scolo, talora abbondante, di liquido spesso, cremoso, irritante, sotto il quale la mucosa si presenta edematosa, con erosioni e, talora, ulcerazioni. La infiltrazione edematosa si accentua e dà una fimosi infiammatoria, più o meno completa. I fenomeni subbiettivi si intensificano: la verga, molto dolente, è la sede di un vivo bruciore, che si accentua al passaggio dell'urina, che è particolarmente doloroso nei diabetici.

In qualche caso, si possono avere sinechie balano-prepuziali, vegetazioni e gangrena.

Diagnosi. È abbastanza facile se non vi è fimosi: nell'eczema, si hanno le vescicole caratteristiche e manca la suppurazione; l'herpes si differenzia per il carattere recidivante, l'aggruppamento degli elementi e la superficialità delle erosioni. Talvolta difficile è invece la diagnosi fra la balanite erosiva circinata e certe sifilidi eritematose superficiali.

Quando invece, si ha fimosi, la lesione sfugge all'esame visivo e la diagnosi è fondata sull'aspetto esterno del prepuzio, l'esame delle secrezioni, della regione inguinale e della superficie dei tegumenti. Nella sifilide primaria, l'edema prepuziale è più violaceo e la palpazione permette di scoprire, sotto l'infiammazione, la durezza caratteristica; si ha inoltre adenopatia indolora.

Utili indicazioni si possono avere dall'esame del pus nel caso di sifilide, esso è generalmente meno spesso, talora sanguinolento; lo scolo della balanite da ulcera molle ha talora un colore cioccolatto, è autoinoculabile e vi si può trovare il bacillo di Ducrey. Nella balanite blenorragica, si trova il gonococco.

Trattamento. R. Rabut (*L'Hôpital*, maggio 1929) consiglia, come profilassi, soprattutto le cure di pulizia e di asepsi.

Se non vi è fimosi, la cura è assai semplice e consiste generalmente in toccamenti con una soluzione di nitrato di argento a 1/30, seguìti da applicazione di una polvere inerte od astringente. Nella balanite pustolo-ulcerosa, si userà la soluzione alcoolica di acido fenico a 1/10.

Se vi è fimosi, i liquidi saranno iniettati fra il glande ed il prepuzio; se vi è minaccia di gangrena, vi può essere la necessità di fendere il prepuzio, in modo da lottare più efficacemente contro l'infezione.

fil

Le epididimiti colibacillari.

V. Vintici (*Journ. d'Urolog.*, nov. 1928) nota che esistono certamente epididimiti colibacillari semplici, cioè dovute solo all'azione del colibacillo; esse possono essere primitive, o secondarie ad un'uretrite o pielo-nefrite colibacillare. Esse sono piuttosto rare, mentre più frequenti sono le forme miste. Fra le vie d'infezione; la linfatica, l'ematica e la deferenziale, quest'ultima sembra la più frequente. L'inizio della malattia è per lo più brusco con brivido, febbre elevata, dolore e tumefazione dello scroto con forte reazione deferenziale. Lo stato generale è alterato e spesso esistono segni gastro-intestinali; però in capo a 5-15 giorni piano piano tutto scompare senza lasciar alcun reliquato. A volte si ha suppurazione, ma questa, una volta apertasi all'esterno, guarisce subito senza lasciar fistole. Un'altra caratteristica di questa sindrome è la grande frequenza delle recidive, che possono avvenire, sia dallo stesso lato, che dall'altro. La diagnosi clinica è basata sui segni sopradetti, ma dall'evoluzione sopratutto, quella batteriologica, dall'esame batteriologico e culturale delle urine, liquido vaginale, pus, emtoculture. Occorre distinguerla dalle forme t. b. c. gonococciche e sifilitiche. La prognosi è benigna. Per la cura, a volte è necessaria l'incisione dell'ascesso, o per prevenire le recidive, la sezione dei deferenti, o epididimoctomia. L'A. ne riferisce 4 casi.

V. LOZZI.

TERAPIA.

Pericolo di avvelenamento e idiosincrasia per somministrazione di olio di chenopodio.

L'olio ottenuto dalla distillazione del Chenopodium ambrosioides ha trovato larga applicazione nel periodo postbellico per le sue spiccate qualità antielmintiche.

Abbastanza numerosi sono però i casi riportati di avvelenamenti in seguito al suo uso. Le cause principali di tali avvelenamenti possono riferirsi sia alle dosi troppo alte (non si dovrebbero sorpassare le 24-30 gocce alla volta) sia all'errata forma di preparazione del medicinale, e all'errata maniera di somministrazione.

Le regole alle quali bisognerebbe attenersi volendo prescrivere, sono le seguenti, dettate da Brüning:

1) un trattamento antielmintico deve venir differito negli individui deboli, costituzionalmente sensibili, o affetti da malattie acute;

2) stabilire con sicurezza la presenza di elminti intestinali, ponendo mente a tutte le difficoltà diagnostiche;

3) astenersi dal somministrare altri medicamenti durante la cura antielmintica;

4) assicurarsi della purezza del preparato;

5) non eccedere nelle dosi e non proseguire la cura troppo a lungo;

6) far sempre seguire un lassativo all'ultima dose giornaliera.

A tale proposito si è insistito sui pericoli che può causare l'olio di ricino, per il fatto che, solvendo facilmente l'antielmintico, lo rende maggiormente assorbibile, diminuendo da un lato l'azione che deve esplicarsi sul parassita, e d'altro lato aumentando le possibilità di avvelenamento.

Tutto questo sembra però non corrispondere esattamente alla verità, essendo stato, ad esempio, usato in America l'olio di chenopodio per via endomuscolare (3 cmc. negli adulti), ed anche endovenosa (?) (cmc. 1,5), con resultati ottimi e senza danno alcuno per il paziente. Tali nuove vie di somministrazione sarebbero giustificate dalla possibile insorgenza di manifestazioni morbose a tipo metastatico (per es. nell'omento), nei soggetti portatori di vermi intestinali.

A. Biesin (*Münch. Med. Woch.*, n. 16, aprile 1929) usa l'olio di chenopodio da oltre 10 anni, regolandosi nel modo seguente: lassativo la sera precedente alla cura; somministrazione il giorno dipoi dell'olio su alquanto zucchero, dopo un pasto leggero, per 3 volte, a distanza di 2-4 ore; lassativo (olio di ricino o infuso di senna) dopo l'ultima dose; proseguimento della cura per 3 giorni, terminando con ulteriore lassativo. Tutta la cura non va poi ripetuta prima di 2-4 settimane. Il numero delle gocce da somministrare deve essere alquanto minore agli anni del bambino, non sorpassando mai le 12 gocce anche nei più grandi.

L'A. riporta 3 casi di avvelenamento da olio di chenopodio ingerito quale antielmintico, uno dei quali mortale. In uno di tali casi si trattò di dosi eccessive, mentre negli altri due le dosi erano state contenute nella più rigida norma. Si deve quindi ritenere che esista anche la possibilità di una idiosincrasia per il medicamento, la quale, purtroppo, non è clinicamente prevedibile nè evitabile.

M. FABERI.

L'amebiasi epatica e la sua cura.

H. Lacaze e P. Melnotte (*Rev. de Chir.*, 1928, n. 10) riassumono tutta la patologia dell'amebiasi epatica. Per quanto dicano cose in gran parte note, il lavoro presenta interesse perchè è il risultato di una vasta esperienza in materia. Anche i risultati statistici che gli AA. riportano sono notevoli, in quanto su 252 operati hanno avuto solo 8 morti.

G. MATRONOLA.

Echinococcosi peritoneale guarita dall'arsenobenzolo.

Curchod (*Revue Méd.*, marzo 1927) espone la storia di un infermo di 59 anni, che l'A., accintosi ad operarlo alla Talma per ascite che si riproduceva rapidamente, accompagnata da epatomegalia, trovò affetto da echinococcosi peritoneale diffusa. Asportato il più gran numero possibile di cisti, l'addome venne chiuso per primam. Venne quindi praticata una serie di neosalvarsan intraven., che rimise in buone condizioni il malato. In seguito, dopo tre mesi, fu possibile intervenire sul fegato, ove si trovò una voluminosissima cisti di echinococco suppurata (causa certa della diffusione dell'echinococco nel peritoneo). Dopo il drenaggio, residuò una fistola biliare, che però non impedì al p. di riprendere le proprie occupazioni. Tale fistola non si occluse mai, finchè, dopo ben dodici anni, il malato venne a morte per pleurite purulenta a destra.

L'autopsia dimostrò che la pleurite era stata causata dalla diffusione del processo suppurativo epatico attraverso il diaframma (presenza di un tramite transdiaframmatico), e che le cisti di echinococco multiple del peritoneo erano morte ed erano state in parte inglobate da tessuto di granulazione da corpo estraneo.

L'A. consiglia di tentare sempre in simili casi la cura arsenobenzolica, preconizzata da Roux.

(Il controllo di tali risultati fatti nella Clinica Medica di Roma non ha corrisposto. *Nota della Red.*). E. G.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. L. C. B., Trapani:

Non conosco l'ureometro Oliveri. Si può dire che ogni fabbricante di vetrerie costruisce degli ureometri propri e non è quindi possibile conoscerli tutti. Ognuno di essi, del resto, è accompagnato dalla relativa istruzione. Ad ogni modo, il principio è sempre lo stesso, lo

sviluppo di azoto dall'urea per mezzo della soluzione di ipobromito. Con un po' di pazienza, si arriva a comprendere il funzionamento di tali apparecchi, anche se manca la istruzione relativa. La formula per la preparazione dell'ipobromito non ha importanza e qualunque soluzione può essere usata: p. es., quella che è preparata aggiungendo 2 cmc. di bromo ad una soluzione al 9 % di soda caustica. La quantità di urea corrispondente al volume di azoto ottenuto è costante ed è di g. 0.00267 per cmc. di azoto, a 0° e 760°.

fil.

All'abb. n. 7258-1:

Tutti i recenti trattati di medicina si occupano della patologia del sistema neuro-vegetativo.

Un buon riassunto sull'anatomia, fisiologia e patologia del sistema stesso è dato dal manuale di GUILLAUME: *Sympatique et les systemes associés* (editore Masson, Parigi).

DR.

VARIA.

Revisione dei principî dell'orientamento professionale.

Una Commissione americana, incaricata di questo studio ha recentemente pubblicate le sue conclusioni in proposito, le quali non si discostano però di molto dai concetti fin qui seguìti.

Una cosa è stata giustamente messa in rilievo ed è che, siccome la scelta di una professione (intesa come qualsiasi occupazione rimunerata) significa scegliere un determinato corso di studi, l'orientamento scolastico deve considerarsi come facente parte di quello professionale.

Le informazioni su questi argomenti non possono esser date dai genitori ma dovranno esser date da una speciale organizzazione.

L'opera di orientamento deve basarsi su tre princìpi: 1) non vi sono due individui uguali nelle attitudini naturali e nelle condizioni ambientali, per cui ogni singolo individuo deve essere studiato particolarmente; 2) in considerazione della specializzazione sempre crescente di tutte le occupazioni, si dovranno avere per ciascuna di esse delle informazioni precise; 3) è quindi necessaria la conoscenza delle persone e delle professioni, con i mutamenti che esse subiscono, sicchè l'assistenza dovrà essere continúa ad ogni passo della strada.

Si dovrà inoltre provvedere perchè le scuole siano adatte ai bisogni degli alunni e della comunità, in modo che, di ogni singolo alunno, si coltivino le qualità, provvedendo a dare le nozioni sulle diverse professioni. L'operaio dovrà comprendere quali sono i rapporti con la propria classe e con la società; la dignità del lavoro dovrà essere elevata, facendo sì che la scelta di un'occupazione sia fatta anche tenendo conto della soddisfazione personale. Sarà poi necessaria la cooperazione di tutti quanti sono interessati a questi problemi, nonchè fra la scuola e le istituzioni sociali da una parte e gli enti industriali e commerciali, dall'altra. Gli alunni di condizioni povere, ma con qualità particolarmente brillanti dovranno essere convenientemente aiutati, mentre si dovrà combattere l'abitudine di indirizzarsi alla scelta di un mestiere per considerazioni e criteri irrazionali.

I metodi consistono in attività specializzate e collaterali. Le prime si esplicano con consigli individuali, mediante conferenze con il singolo individuo e con i genitori e maestri; nei casi di fanciulli fisicamente od intellettualmente anormali, l'opera del consigliere sarà fiancheggiata da quella di una persona che si occupa di assistenza sociale.

Sarà cura del consigliere di evitare troppa fretta nella scelta della professione.

Si può inoltre compiere un'opera di consiglio collettivo nelle scuole, mentre si dovranno dare tutte le informazioni riguardanti le condizioni professionali della località ed agli alunni si faranno fare visite a fabbriche e stabilimenti industriali.

Particolare sorveglianza si eserciterà sulle fabbriche le quali occupano giovani sotto i 21 anni, indicando le particolari condizioni in cui questi si trovano.

La scuola deve cooperare alla sorveglianza e, con essa, i giovani si dovranno mantenere in contatto a lungo anche dopo averla lasciata. Un importante fattore attivo è dato da agenzie, da cui sia escluso ogni carattere commerciale, che diano l'aiuto disinteressato per la ricerca di un posto od il cambiamento di uno non adatto ad altro più conveniente.

Per quanto riguarda le attività collaterali, si tenga presente che ogni argomento di studio scolastico può avere relazioni con l'orientamento professionale e che ogni forma di attività scolastica può servire di stimolante ai fini dell'orientamento, giovando a mettere in evidenza particolari tendenze ed attitudini.

La scheda di ogni alunno, iniziata fin dall'asilo infantile, con i dati del profitto scolastico, dei vari *testi*, ecc. sarà il documento più importante per la direzione da scegliersi.

Il programma dell'orientamento professionale può essere svolto soltanto da speciali istituzioni in rapporto con le scuole e con gli enti industriali. Ad esse dovranno far capo le varie istituzioni educative e di assistenza sociale, le rappresentanze dell'industria e dei lavoratori.

Particolare cura si dovrà avere nella scelta del consigliere di orientamento, che dovrà essere provvisto di molto tatto, pazienza ed altruismo, oltre ad essere particolarmente versato nei problemi del lavoro ed avere seguìto uno speciale corso di abilitazione.

Attualmente, in molte scuole americane, vi sono dei corsi di orientamento, per alcuni dei quali vi è del personale specializzato.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIV. - Preferenze dipendenti dalla condizione di coniugato.

La legge 6 giugno 1929, n. 1024, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 28 giugno, n. 150, contiene queste disposizioni: « Art. 1. — In nessun caso lo stato di celibe e di nubile ovvero la conservazione dello stato stesso può costituire titolo di preferenza per gli impiegati e salariati dello Stato, delle Provincie, dei Comuni e delle istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza. A parità di merito, gli impiegati e salariati coniugati con prole devono essere sempre preferiti a quelli coniugati senza prole e questi ultimi a quelli non coniugati. Ogni disposizione contraria è abrogata. La presente regola non si applica ai corpi armati dello Stato, delle Provincie e dei Comuni.

Art. 2. — La disposizione di cui al primo comma dell'articolo precedente si applica anche ai contratti d'impiego privato.

Art. 3. — Nelle concessioni ed autorizzazioni amministrative, a parità di condizioni e di merito, gli aspiranti coniugati con prole devono essere preferiti a quelli coniugati senza prole e questi ultimi a quelli non coniugati.

(L'art. 4 riguarda la cessione o assegnazione di case popolari ed economiche).

Le disposizioni sono chiare; ma l'applicazione non sarà facile. È, quindi, utile qualche delucidazione.

a) La prima regola ha limitata importanza per gli impieghi pubblici, perchè generalmente lo stato di celibe o di nubile non costituisce titolo di preferenza. Maggior valore ha per l'impiego privato.

b) La seconda regola stabilisce un titolo di preferenza, a parità di merito, cioè a parità delle altre condizioni necessarie e sufficienti agli effetti della nomina. Il titolo di preferenza deve essere rispettato dalle amministrazioni dello Stato, delle Provincie, dei Comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza: è da ritenere, sebbene non esplicitamente previsti dall'art. 1°, che vi siano compresi anche gli enti pubblici parastatali.

Il titolo è costituito dalla condizione di coniugato e, con prevalenza, di coniugato con prole: il numero dei figli non sembra che abbia rilevanza.

c) Stabilita la condizione base della uguaglianza del merito — o dall'amministrazione direttamente o, nei casi di concorso, dalla Commissione — ha efficacia il titolo di preferenza.

Ma qui risorge la vecchia questione della efficacia in rapporto al diritto di scelta per la nomina agli impieghi pubblici.

Se, per disposizione di legge o di regolamento, la graduatoria vincola l'amministrazione, stabilisce cioè l'ordine delle nomine, (come per es. per gli insegnanti elementari), il titolo di preferenza ha diretta e decisiva efficacia ed è fonte di un diritto soggettivo alla nomina in confronto del concorrente che ha merito uguale. Ma quando — ipotesi più frequente — l'ordine di merito risultante dalla graduatoria non vincola l'amministrazione, la quale ha invece facoltà di scegliere entro i limiti di una terna o uno qualsiasi degli idonei, si presenta il quesito della efficacia della preferenza relativamente alla nomina. Il potere di scelta è limitato? o il titolo vale soltanto agli effetti dell'ordine della graduatoria, come indicazione indiretta, senza che perciò l'amministrazione sia obbligata a nominare il concorrente preferito? La questione è, in certo senso, analoga a quella che si è fatta per le preferenze attribuite dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1920, estese poi agli impiegati degli enti locali; invalidi di guerra, feriti in combattimento, ecc. Non è il caso di riesaminare ora tale controversia, che è stata anche da noi ampiamente trattata in questa rivista. Sarebbe stato utile che la nuova legge avesse meglio precisato la efficacia del titolo, tenendo conto delle precedenti esitanze per casi analoghi. È noto che la giurisprudenza del Consiglio di Stato, dopo qualche incertezza iniziale, si orientò decisamente nel senso della efficacia del titolo ai soli effetti dell'ordine della graduatoria, considerando non limitato il potere di scelta spettante alla pubblica amministrazione per disposizione di legge o di regolamento. È da ritenere che, anche per l'applicazione della legge 6 giugno 1929, n. 1024, la giurisprudenza seguirà lo stesso indirizzo, pur potendosene seriamente dissentire.

d) Possono verificarsi casi di collisioni di preferenze: possono, cioè, essere dichiarati idonei, a parità di merito, concorrenti celibi che hanno titolo di preferenza perchè ex-combattenti, feriti in combattimento, ecc. (art. 9, R. D. 30 dicembre 1922, n. 1290) e concorrenti coniugati con o senza prole, i quali hanno perciò titolo di preferenza in forza della legge 6 giugno 1929.

Quale situazione sarà prevalente? O il ti-

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

tolo dell'uno paralizzerà gli effetti dell'altro, come due forze uguali e contrarie che determinano uno stato di equilibrio?

È da rilevare, anzitutto, che diversa è la importanza delle *precedenze* stabilite a favore degli invalidi di guerra, le quali costituiscono titolo *per l'assunzione in servizio*. La legge obbliga a riservare un certo numero di posti esclusivamente agli invalidi, qualora essi vi concorrano e siano nelle condizioni prescritte dalla legge stessa. Questo è un diritto alla nomina, con preferenza *assoluta*, indipendentemente dalla comparazione della idoneità.

Quindi, la preferenza stabilita a favore dei concorrenti coniugati non pregiudica il titolo di precedenza attribuito agli invalidi di guerra. In questo caso non si verifica nemmeno una collisione di titoli, perchè si tratta di situazioni giuridiche essenzialmente diverse; all'una corrisponde un diritto soggettivo alla nomina ad un determinato posto; l'altra è fonte di un semplice diritto di preferenza, a parità di merito.

Delicata è, invece, la questione se due concorrenti, dichiarati idonei a parità di merito, siano portatori di titoli di preferenza: l'uno in forza dell'art. 9 della legge del 1922 e l'altro per effetto della legge 6 giugno 1929.

È da ritenere che sia prevalente la preferenza attribuita ai concorrenti coniugati in confronto dei celibi, trattandosi di una norma generale posteriore che prevale a quella anteriore, tanto più che le nuove disposizioni non contengono eccezioni.

Le norme anteriori che attribuiscono preferenze per altro titolo non sono abrogate dalla legge del 1929. Questa, invece, indirettamente ne paralizza, in certi casi, gli effetti attribuendo ad altri un diritto prevalente.

e) Per le *promozioni*, il titolo di preferenza vale soltanto quando si provvede in base al merito. Se si tratta di promozioni per anzianità, si procede secondo l'ordine del ruolo e manca quindi il presupposto al quale la preferenza è subordinata: cioè la parità di condizioni.

Se, invece, alla promozione si provvede per merito o per anzianità e merito, è efficace la preferenza a favore dei coniugati in confronto dei celibi.

f) Il titolo di preferenza è valutabile non soltanto nei casi di nomina o di promozione ma anche in quelli di dispensa dal servizio per cause obbiettive, cioè, generalmente, per soppressione di posti. Se l'amministrazione pubblica riduce l'organico e sopprime uno o più posti, deve dispensare il personale esuberante. In questi casi — qualora non sia soppresso un posto determinato, per una causa obbiettiva inerente ad esso — l'amministrazione sceglie, discrezionalmente, l'impiegato che deve essere dispensato, tenendo conto di tutte le circostanze obbiettive e subbiettive che nei singoli casi possono guidare il criterio di determinazione. È da ritenere che, a parità di condizioni essenziali, gli impiegati coniugati debbano essere preferiti, agli effetti della permanenza in ufficio, agli impiegati celibi e i coniugati con prole agli altri.

g) La preferenza è efficace anche nei casi di concessioni e di autorizzazioni amministrative, sempre s'intende a parità delle altre condizioni di idoneità.

XXXV - Certificati sanitari; compensi.

Gli art. 21 e 26 del regolamento 9 novembre 1923, n. 2534, prescrivono la vidimazione dei registri di carico e scarico e delle richieste di stupefacenti. Si è dubitato se sia dovuto compenso agli ufficiali sanitari per tale vidimazione. Ma è stato rilevato dal Ministero dell'Interno che si tratta di un controllo esercitato dall'autorità comunale, per ragioni di esclusivo interesse pubblico e non di prestazioni nell'interesse privato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

22° Congresso dei Medici Condotti.

Mentre andiamo in macchina, si svolge a Cagliari l'annunziato Congresso dell'Associazione Nazionale Fascista dei Medici Condotti.

Per l'occasione sono convenuti a Cagliari, oltre il Direttorio Nazionale dell'Associazione, più di 400 medici organizzati di tutta Italia. L'inaugurazione ha avuto luogo al Politeama Regina Margherita; l'on. Cao di San Marco portò il saluto del Governo.

Dei lavori daremo notizia prossimamente.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Farmacopea Ufficiale e tabella dei medicinali di libera vendita.

La Confederazione Nazionale Fascista dei Commercianti aveva presentato alla Direzione Generale della Sanità, un memoriale inteso a prospettare l'opportunità di alcune modificazioni alle norme concernenti la vendita da parte dei droghieri di alcune sostanze medicamentose inscritte nella Farmacopea Ufficiale del Regno.

Ora la Direzione Generale della Sanità comunica che con Decreto 14 luglio scorso, alle Tabelle V e VI della nuova Farmacopea, già approvate con Decreto 16 dicembre 1928, e corrispondenti alle tabelle IX e X della quarta edizione della Farmacopea stessa, sono state apportate le seguenti modificazioni:

1) Tabella V (elenco dei prodotti inscritti nella Farmacopea che i non farmacisti sono autorizzati a vendere al pubblico sotto l'osservanza di determinate norme ed in quantità non inferiore a quella indicata nell'elenco medesimo): soppresso il prodotto « Carbonato di piombo » che, per non essere compreso in detta Farmacopea, resta di libera vendita.

2) Tabella VI (elenco dei prodotti inscritti nella Farmacopea, la vendita dei quali è libera a chiunque, salvo il disposto per i veleni): aggiunte le sostanze: acido borico, acido gallico, carbonato di magnesio in pani, glicerina, luppolino, triossimetilene, trioformolo, solfato di calcio disidrato (gesso cotto).

I numerosi voti pervenuti al Ministero sia dalla classe dei droghieri, sia da quella dei farmacisti, aventi per oggetto la compilazione delle suindicate tabelle, formarono oggetto di attento ed accurato esame della Commissione incaricata della compilazione della V edizione della Farmacopea Ufficiale del Regno, della quale Commissione facevano parte anche i rappresentanti delle classi predette.

Infatti, per quanto concerne la vendita delle preparazioni dietetiche (farine lattee, biscotti, ecc.) come dei prodotti per la cosmesi e di quelli così detti igienici, si avverte che la stessa è inibita ai droghieri soltanto per quelli dei suindicati prodotti ai quali siano, in qualunque modo, attribuiti effetti terapeutici e cioè proprietà atte a curare una determinata malattia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Medico primario pediatra; al 31 ott., ore 17; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; 4 anni di effettivo servizio in R. Clinica pediatrica o grande Ospedale; doc. a 3 mesi dal 17 sett.; 2 anni di prova.

BRINDISI. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio L. 13.500 aumentabile di un decimo al termine del 3°, 6°, 9°, 14° e 19° anno dalla nomina. Indennità servizio attivo L. 3500 ed il 30 % sui proventi delle ricerche ed analisi a pagamento. Scadenza 30 ottobre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz. Provinciale.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). *Ospedale di Circolo.* — Scad. 31 ott.; medico primario; L. 11.000 oltre competenze a tariffa per cure a paganti. Chied. avviso all'Ufficio amministrativo.

CASTEL DEL RIO (*Bologna*). — A tutto 15 ott.; età lim. 35 a.; irreprensibile condotta polit.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 14 sett.; stip. L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 3000 cav.

CASTIGLIONE D'ADDA (*Milano*). — Condotta libera; al 15 ott.; età lim. 40 a.; richiedesi buona condotta politica; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi; stip. L. 10.500, oltre L. 1000 bicicletta o motociclo, L. 1000 uff. san.; 5 quadrienni dec.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Il termine per la presentazione delle domande pel concorso al posto di Ufficiale Sanitario nei comuni di Aci S. Antonio, Calatabiano, Fiumefreddo di Sic., Gravina di Cat., Mascalucia, e Motta S. Anastasia, è prorogato al 20 ottobre, ferme restando le altre condizioni stabilite nel precedente avviso del 27 luglio 1929.

GENOVA. *Comune.* — Medico batteriologo assistente; L. 14.500 e 10 bienni di L. 450, c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 15 nov. Rivolgersi Ufficio Personale.

IMPERIA. *Amministraz. Provinc.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. e bacteriolog. del Laboratorio provinc. d'igiene; L. 17.500 aumentabili a L. 25.000 oltre L. 4700 aumentabili a lire 7000 serv. att. Coadiutore della Sez. chim.; lire 15.200 aumentabili a L. 21.000 oltre L. 3600 aumentabili a L. 5200 serv. att. Caro-viv. Età lim. 30 a. Rivolgersi Segreteria gen. della Provincia. Scadenza ore 16 del 25 ottobre.

MASSA MARTANA (*Perugia*). — Scad. 15 ott.; due condotte; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50.

MATERA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanitario per 18 comuni; L. 3000-4000; scad. 1° nov.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Medico direttore; L. 32.400 oltre L. 5800 serv. att.; scad. ore 15 del 9 dic.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 9 sett.; titoli. Chied. annunzio.

MONZA. *Ospedale Umberto I*. — Chirurgo primario; al 30 ott., ore 18; titoli ed eventualmente esami; nomina e conferme quinquennali; lire 10.000, oltre partecipazione introiti; età lim. 40 a.; doc. a 90 gg. dal 12 sett.

NOVI DI MODENA (*Modena*). — Scad. 10 ott.; 3ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; addizionale L. 2 oltre i 100 pov., fino a L. 1000; trasp. L. 600-2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ORTE (*Viterbo*). — Chirurgo-Direttore degli Ospedali Uniti. Stipendio iniziale lordo L. 18.000, aumentabile di un decimo sullo stipendio base ogni quadriennio e per quattro quadrienni. Diritto al 50 % degli onorari sulle prestazioni operatorie sia all'Ospedale che all'Ambulatorio. Scadenza ore 12 del 4 novembre. Per ulteriori chiarimenti sui documenti ecc. rivolgersi alla locale Segreteria degli Ospedali Uniti.

ORTEZZANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 10 ott.; con Monterinaldo; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Scad. 20 ott.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc., c.-v.

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Ispettore generale. Proroga ore 19 del 20 ottobre. Vedi N. 38.

SAN MINIATO (*Firenze*). — L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre trasp. e c.-v.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a. Scad. 19 ott.

SASSINORO (*Benevento*). — Scad. 10 ott.; lire 8000 oltre L. 500 se uff. san.

S. ELIA FIUMERAPIDO (*Frosinone*). — Scad. 11 ott.; 2ª cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2400 cav.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario. Scad. 45 giorni dal 13 sett. V. N. 38.

SOMMATINO (*Caltanissetta*). — Scad. 30 gg. dall'8 sett.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; regolare condotta civile, morale e politica; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dall'8 sett.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 20 ott.; 1° reparto; L. 9000, c.-v., trasp.; L. 1400 se uff. san. comprensive trasferte.

TERRAGNOLO (*Trento*). — Scad. 30 ott.; ab. 2443; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità di via, L. 3000 cavallo, L. 950 uff. san.; abitazione gratuita; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

TORRITA TIBERINA (*Roma*). — A tutto il 3 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50,15; chiedere annunzio.

TRAPANI. *Municipio*. — Medico scolastico; a 30 giorni dal 15 sett.; L. 10.000; 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 850; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10; titoli ed esami; 2 anni di prova; chiedere annunzio.

VILLA CELIERA (*Pescara*). — A tutto il 10 ott.; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 500 uff. san., L. 2400 cav.; età lim. 40 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Piero Puricelli.

(Istituto Neurol. Vittorio Emanuele III in Milano).

Presso la R. Università di Milano è indetto il concorso ad un posto di perfezionamento a favore di un laureato in medicina e chirurgia da non oltre tre anni. Il vincitore del concorso, che avrà funzione di medico praticante, dovrà prestare l'opera sua nella Clinica delle malattie nervose e mentali per la durata di un anno solare. Egli godrà di un premio di L. 5000 annue che sarà corrisposto a rate trimestrali posticipate dietro attestato di approvazione del direttore della Clinica. Rivolgersi alla Segreteria (Corso Roma, 10).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Repetti G. Vittorio, promosso da Maggiore Medico della R. Narina a Tenente Generale, è stato nominato, il 29 agosto u. s., Ispettore Generale e Direttore Centrale della Sanità Militare Marittima, in sostituzione del dott. Monaco Federico, collocato in posizione ausiliaria, per limiti di età.

Il prof. Cavara Vittoriano, stabile di clinica oculistica a Siena, è trasferito, col suo consenso, a Modena.

Il dott. Ernst Gellhorn, professore di fisiologia ad Halle, ha accettato la nomina di professore associato di fisiologia presso il Dipartimento di Biologia Animale dell'Università di Oregon (Stati Uniti d'America).

Il prof. Schade, che fin'ora ha diretto la Sezione fisico-chimica della Clinica medica di Kiel, è nominato direttore dell'Istituto di fisico-chimica medica, recentemente fondato nella stessa città.

Il prof. C. Seyfarth, che fin'ora è stato medico capo alla Clinica medica di Lipsia, è nominato dirigente la Sezione di medicina interna dell'Ospedale San Giorgio della stessa città, in sostituzione del prof. Wandel, andato a riposo.

Il dott. Timbal è nominato direttore generale del Servizio di Sanità e d'Igiene presso il Ministero dell'Interno del Belgio, in sostituzione di O. Velghe, il quale ha lasciato il servizio per limiti d'età.

NOTIZIE DIVERSE.

Opera Nazionale Invalidi di guerra.

Il Comitato esecutivo dell'Opera Nazionale Invalidi di guerra si è riunito sotto la presidenza del sen. prof. A. Lustig per il disbrigo di numerosi affari d'ordinaria amministrazione e per provvedere all'apertura del sanatorio popolare Vittorio Emanuele III d'Aspromonte. Il Comitato ha dato incarico al proprio presidente di fissare con il consenso della Presidenza del Consiglio dei Ministri la data dell'inaugurazione del sanatorio che fu costruito con i mezzi fornitigli dal Governo Fascista.

Il Comitato ha definito i concorsi per i posti di consigliere delegato presso le rappresentanze provinciali di Campobasso, Catania, Enna, Matera e Varese; ha proceduto alla conferma dei consiglieri delegati di Ancona, Foggia, Genova e Pesaro ed ha inoltre disposto alcuni trasferimenti di consiglieri delegati.

Il Comitato ha poi deliberato in merito alla destinazione del legato del fu Luigi Cambiano di Torino e del residuo fondo della « Casa dei bambini » di Verona, ed ha designato i rappresentanti dell'opera in seno ai consigli di amministrazione dell'Opera nazionale orfani di guerra nella persona del proprio presidente, e nel Consiglio del sanatorio di Ancarano d'Istria nella persona dell'avv. Melone, attuale commissario dell'Ente.

18° Congresso internazionale di fisiologia.

I lavori scientifici si sono svolti a Boston dal 19 al 21 e il 23 agosto; vi hanno partecipato più di 1300 studiosi; erano rappresentate 35 Nazioni; l'Italia lo era dal sen. F. Bottazzi.

La seduta inaugurale si tenne al Memorial Hall, sotto la presidenza del prof. W. H. Howell, direttore della Scuola d'Igiene dell'Università John Hopkins. Decano dei convenuti era il prof. Ivan Petrovitch Pavlov, la cui attività scientifica persiste ancora intensa all'età di 84 anni. Venne commemorato il medico americano William Beaumont, di cui sono ben noti i lavori sulla fisiologia della digestione. Molto plauso incontrò la proposta del prof. A. Krogh, rappresentante la Danimarca, il quale sostenne l'utilità di un organo internazionale, destinato a raccogliere le recensioni di tutti i lavori di fisiologia, rendendo così accessibili agli studiosi anche quelli pubblicati in lingue poco note. Il prof. Frédéricq di Liegi tracciò la storia dei precedenti Congressi, illustrandone l'utilità.

I lavori del Congresso si svolsero molto attivi.

Venne stabilito di tenere il prossimo Congresso in Italia (a Roma od a Milano).

18° Congresso italiano delle Scienze.

Dal 18 al 24 corr. si è tenuto a Firenze il 18° Congresso della Società italiana per il progresso delle Scienze. All'inaugurazione, avvenuta nel Salone dei Duecento al Palazzo Vecchio, intervennero il ministro on. Rocco, altre autorità e personalità, il prof. Perrier in rappresentanza della Società francese per il progresso delle scienze, il prof. De Ezze per quella spagnola. Parlarono il Podestà conte della Gherardesca, il presidente del Comitato ordinatore sen. Ginori Conti, il rettore dell'Università prof. Burci, il prof. Perrier e il ministro on. Rocco. Questi auspicò l'avvicinamento tra le varie scienze, rilevò i benefizi che dal progresso delle scienze deve attendersi il nostro Paese, per supplire la sua deficienza di materie prime; assicurò delle vigili cure del Governo.

Prossimamente riferiremo sui lavori nel campo della biologia e della medicina.

Tra gli argomenti trattati segnaliamo intanto: Medici e naturalisti del secolo XVI (Conti), Ricambio emoglobinico normale e patologico (L. Zoja), Lotta contro il carbonchio ematico (S. Belfanti), Glicoregolazione in patologia epatica (Zagari), Micosi chirurgiche (Chiurco), Cura medica della cataratta (Ovio), Biochimica del sangue dei tracomatosi (Rossi), Variazioni epidemiche stagionali (Gardenghi), ecc.

I medici stranieri al 18° Congresso Stomatologico italiano.

A questo Congresso, che avrà luogo a Roma dal 14 al 18 ottobre prossimo venturo, interverranno molti stomatologi stranieri, alcuni dei quali di grande autorità e rinomanza.

Dall'Ungheria si annuncia la venuta di una quarantina di stomatologi desiderosi di ricambiare la visita che i colleghi italiani fecero loro a Budapest nel 1925. Tra essi saranno S. E. Andrea Csillèry, ex-Ministro delle Previdenze sociali, in rappresentanza del Governo Ungherese; il prof. Giuseppe Szabò, direttore della clinica stomatologica della R. Università di Budapest; i professori Enrico Salamon e Gustavo Morelli, insegnanti nella clinica stessa; il dott. Sturm, ecc. Il dott. Csillèry farà una comunicazione sul tema « Il servizio stomatologico nell'assicurazione sociale » e il prof. Salamon riferirà, per incarico ricevuto dal precedente Congresso, sui « Principii informatori nel campo della terapia ortodontica ».

Dalla Germania verranno i due più insigni rappresentanti della stomatologia, il prof. Hans Moral, direttore della clinica stomatologica dell'Università di Rostock, e il prof. Cristiano Bruhn, direttore della clinica stomatologica dell'Università di Düsseldorf. Il primo farà una comunicazione su la « Patologia dello spazio pterigo-mandibolare » ed eventualmente una seconda sui « Denti artificiali ». Il prof. Bruhn parlerà su « Il trattamento chirurgico-ortopedico delle deformità mascellari congenite ed acquisite ».

Dalla Francia verrà il dott. A. Herpin, l'illustre professore, della Scuola di Stomatologia di Parigi e segretario generale dell'Associazione stomatologica internazionale. Tratterà il tema: « De la molarisation ».

L'Austria invierà al Congresso di Roma uno dei suoi migliori docenti di Stomatologia, autore di magnifici lavori specialmente nel campo anatomico, chirurgico, istologico: il dott. Harry Sicher. Egli dimostrerà sul cadavere un proprio metodo di ricerca del nervo alveolare inferiore per via orale a scopi anestetici.

Dalla Spagna verrà certamente il dott. Manuel Bau Lagarriga, presidente dell'Istituto stomatologico di Catalogna, e, probabilmente, i dottori B. Landete Aragò e P. Mayoral Carpintero di Madrid. Il dott. Lagarriga intratterà il Congresso sopra un argomento di grande importanza ed attualità: « La piorrea alveolare e la sua cura ».

Infine dagli Stati Uniti d'America verrà il dott. Boyd Gardner, direttore della Sezione di Odon-

tojatria della Clinica Majo di Rochester e terrà una conferenza sui seguenti temi: « Relazione fra la medicina, la odontojatria ed utilità, dal punto di vista pre- e post-operatorio, di rendere abituale nella pratica odontopatrica l'uso dei raggi X. Necessità di migliorare la tecnica delle estrazioni e significato delle ricerche di laboratorio ».

Congresso tedesco di gastroenterologia.

La « Società tedesca per le malattie della digestione e della nutrizione » terrà la sua 9ª adunanza dal 16 al 18 ottobre, in Berlino, alla Langenbeck-Virchow-Haus (Luisenstrasse 58/59, NW 6). Sono in discussione i temi:

Critica della Farmacoterapia del canale digerente - Pilorpasmo - Cardiospasmo - Magrezza e obesità endogene - Vedute attuali sulle malattie del fegato, dal punto di vista medico e chirurgico.

Al Congresso sarà unita una Esposizione.

Presidente del Comitato ordinatore è il prof. H. von Haberer, Moorenstrasse 5, Düsseldorf; segretario generale il prof. R. von den Velden, Bambergerstrasse 49, Berlin W 30.

Consiglio Superiore dell'Istruzione Pubblica.

Si è riunito il Consiglio superiore della Pubblica Istruzione, sotto la presidenza del sen. Fedele.

Il Consiglio ha proceduto alla nomina di una Commissione per la libera docenza e gli incarichi di insegnamento ai professori di ruolo per gli anni 1929-30.

Per il libro medico italiano.

Ha trovato pieno consenso in tutta Italia la iniziativa che tende a favorire l'attuabilità e la valorizzazione del libro medico italiano, specialmente didattico.

In una riunione tenutasi a Milano vennero fissate le linee generali di un piano di azione comprendente i seguenti punti:

1) ottenere l'appoggio della « Società degli Autori » così da eliminare il contrasto tra Autori ed Editori;

2) studiare un « contratto tipo »;

3) promuovere l'attuazione di una « Mostra del libro medico italiano » in occasione delle Fiere Campionarie o della « Giornata del Libro », ecc.;

4) studiare ogni altro mezzo che possa riuscire utile ed opportuno alla valorizzazione del libro italiano, escludendo ogni antagonismo alle iniziative le quali, comunque impostate, possono tuttavia riuscire utili alla affermazione della produzione scientifica italiana.

Su proposta del prof. Devoto, venne nominata una Commissione, che si interessi dell'attuazione del programma tracciato; tale Commissione risultò composta come segue: sen. prof. Gabbi, presidente; proff. Foà, Franco, Preti, dott. Oliaro, componenti.

Il sen. Gabbi, essendosi immediatamente interessato della attuazione del suaccennato programma, ha già ottenuto dall'on. R. Forges-Davanzati il pieno consenso a che si possano inscrivere alla « Società degli Autori » tutti coloro che, nella possibilità di fare un libro medico, manuale, ecc., vogliono avere una guida e garanzia nei rapporti cogli Editori; dei quali parimenti saranno fissati e tutelati i diritti nei rapporti con gli Autori.

Premiazione ai talassologi italiani.

In occasione del 3° Congresso Nazionale di Talassoterapia (Grado, 24-26 agosto 1929-VII) e per iniziativa dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, il cui Comitato di Consulenza è presieduto dal sen. prof. U. Gabbi, sono state assegnate attestazioni, con relativi Diplomi, « per benemerenze di Scienza e di Italianità », ad un gruppo di Talassologi, tenendo in considerazione i lavori pubblicati e in particolare i contributi apportati nei Congressi.

Ricordate le speciali benemerenze di insigni Maestri (Murri, Maragliano, Giordano, Casagrandi, ecc.) verso la Talassoterapia italiana, e restando da studiarsi le modalità per esprimere loro il doveroso omaggio, vennero intanto assegnati i seguenti Diplomi:

Prof. Ceresole Giulio, Diploma d'Onore in riconoscimento di specialissime benemerenze;

Diploma di Medaglia d'Oro: prof. Baccarani Umberto, dott. Bocchetti Federigo, comm. dott. Botti Alberto, prof. Calandra Edoardo, prof. Cardi Giuseppe, dott. Cesari Luigi, dott. Comisso Emilio, comm. dott. Cuomo Vincenzo, proff. De Francesco D., Del Piano Antonio, Federici Nicolino, Ferrannini Andrea, Fornario Giuseppe, dott. Giosеffi Mauro, dott. Grandesso Michele, prof. Gasperini Carlo, dott. Haiech Camillo, prof. Lenci Francesco, prof. Luisada Ezio, dott. Magni Luciano, dott. comm. Marina Angelo, dott. Minutilla Salvatore, dott. Nanni Guido, prof. Onorato R., dott. Oransz Maurizio, prof. comm. Pullè Felice, dott. Rossi Gaetano, prof. Silvestrini Luigi, dott. Smareglia Aldo, prof. Vitali Fabio.

Trattasi di un « primo elenco », che sarà completato in una prossima occasione, secondo le indicazioni che saranno favorite al Comitato di Consulenza dell'U.S.M.I., del quale farà parte, per la Talassoterapia, il prof. G. Ceresole.

Lotta antitubercolare nella Bergamasca.

Per effetto della nomina del Preside della Provincia nella persona del cav. di gran croce Lamberto Sala, la Presidenza del Consorzio Antitubercolare Provinciale che è stata efficacemente tenuta per diversi anni dal vice prefetto dott. cav. uff. Nuvolone è passata al Preside del Rettorato stesso, il quale ha nominato la Giunta Esecutiva.

A direttore tecnico del Consorzio è stato nominato il prof. Umberto Carpi, della R. Università di Milano.

Mentre si attende che il nuovo Consorzio dia mano all'attuazione del vasto programma prefissosi, non è inutile dare uno sguardo al quanto, in materia di lotta antitubercolare, è stato fatto nella provincia.

Il dilagare della tubercolosi in questa zona d'Italia, aveva spinto nel 1899 benemeriti cittadini bergamaschi a promuovere la costituzione di una Unione bergamasca contro la tubercolosi, che assunse in seguito personalità giuridica col nome di « Opere antitubercolari Bergamasche ».

Sin dal 1909 sorse quindi in Bergamo un dispensario profilattico antitubercolare che prese maggior sviluppo nel 1919 con il riconoscimento in Ente morale delle O. O. A. A. B. B.; alla stes-

sa epoca si aprì nella provincia di Bergamo, nella località Groppino, un primo ricovero di malati di tubercolosi polmonare avente fini curativi e profilattici. Benchè sorretta da autorità e benefattori, l'opera pia non poteva finanziariamente riuscire a provvedere ai grandi bisogni della lotta antitubercolare che rese così sentita la creazione del Consorzio suggerito e incoraggiato dalla legge 24 luglio 1919. Ma soltanto il 24 giugno 1924, e cioè con il Fascismo, il Prefetto poteva decretare costituito obbligatoriamente il Consorzio Provinciale Antitubercolare, tra la provincia di Bergamo e tutti i Comuni della provincia stessa. I contributi della Provincia e dei Comuni vennero gradatamente elevati: per il 1929 il Consorzio disponeva di circa 520 mila lire di entrate ordinarie.

Il funzionamento nel capoluogo del Dispensario delle O. O. A. A. B. B. permise al Consorzio di rivolgere i propri sforzi alla Provincia, dove il terribile male non infierisce in misura minore. Da ciò ebbe inizio l'impianto dei numerosi e ben attrezzati dispensari, che dovevano portare il Consorzio di Bergamo all'avanguardia dei confratelli d'Italia. Si può perciò affermare che lo sviluppo progrediente dei dispensari segni indirettamente lo sviluppo del Consorzio stesso. Attualmente la Provincia risulta divisa in nove circoli dispensariali con centri a: Bergamo, Calolziocorte, Treviglio, Romano Lomb., Clusone, Gazzaniga, Lovere, S. Giovanni Bianco, Trescorre Balneario.

L'azione del Consorzio, pur avendo mirato principalmente allo sviluppo dei dispensari per pervenire all'accertamento dei colpiti dal terribile male, si è rivolta anche a favorire e a sussidiare le istituzioni pretubercolari, a contribuire al ricovero dei malati in luoghi di cura, e a dare sviluppo agli istituti di ricovero, ad assistere il malato tanto nel campo sanitario, quanto in quello sociale.

La legge dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi non ha trovato il Consorzio impreparato; l'intesa con la locale Sede Provinciale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, è stata subito raggiunta.

La festa del fiore a Milano.

La Festa del Fiore antitubercolare che da vari anni va svolgendosi in tutta Italia secondo le direttive del Governo Nazionale e che anche l'anno scorso ebbe in Milano e Provincia eco simpatica e svolgimento vivace di propaganda, ha luogo il 29 corrente, indetta dal Consorzio antitubercolare provinciale già da molti anni benemerito della lotta contro la tubercolosi.

L'anno scorso il Consorzio introitò dalla Festa oltre L. 220.000 nette, mentre le spese effettive, esclusa la compera del fiore, ammontarono in totale a non oltre L. 2000.

È bene ricordare che il Consorzio antitubercolare gestisce, coi suoi mezzi, sedici dispensari antitubercolari in provincia, tutti uniformemente e modernamente arredati e dotati di tutti i presidii necessari alle indagini cliniche, di laboratorio e sociali per la zona di loro competenza (Circolo dispensariale); altri ne saranno prossimamente istituiti secondo le necessità locali. In questi dispensari nel 1928 furono visitate oltre 12.000 persone e fu provveduto con mezzi locali e del Consorzio a trovare le provvidenze che risultarono sufficenti a delineare un argine valido al dilagare del morbo nelle campagne. Il Consorzio poi a sua volta sussidiò con centomila lire i dispensari antitubercolari di Milano e provvide direttamente ad internare negli Ospedali e nei Sanatori un notevole numero di malati.

Nel 1928 furono elargite dal Consorzio quote integrative e ricoveri per oltre N. 170.000 giornate di presenza in Sanatori ed Ospedali; ricoverò cioè circa 2000 malati con un numero di 400 presenze giornaliere.

L'eloquenza di queste cifre è di valido incitamento a tutti per l'appoggio ampio, incondizionato, generoso alla Festa del Fiore.

I medici stranieri nel Trentino.

I cento medici stranieri, che in qualità di rappresentanti delle principali Nazioni europee, stanno compiendo un viaggio d'istruzione nelle varie stazioni climatiche del Trentino, hanno visitato Levico e Roncegno, interessandosi vivamente all'attività di quelle stazioni termali.

A Roncegno agli ospiti è stato offerto un banchetto, al quale sono intervenute anche le autorità. Allo spumante il vice-prefetto di Trento, avv. Ghidoni, ha rivolto il benvenuto agli ospiti, illustrando poi la fervida attività che il Governo nazionale spiega anche nel campo sanitario-igienico, per la tutela della salute della razza.

Per le terme di S. Cesaria.

Tra il direttore generale del Demanio grand'uff. Marangoni e il sen. Garbasso è stata firmata la convenzione per la concessione di 4 milioni di lire a favore delle RR. Terme di S. Cesaria (Lecce).

Per trasferire in campagna i tubercolotici e le loro famiglie in Francia.

Il ministro francese dell'Agricoltura, on. Quenille, ha presentato al Parlamento un progetto di legge, che ha lo scopo di facilitare l'installazione in campagna delle famiglie dei tubercolotici, dei pretubercolotici, dei pensionati militari vittime dei gas asfissianti e della tubercolosi. Il progetto vuol creare, con queste famiglie, piccoli centri ausiliari della produzione agricola e facilitare ad esse l'acquisto o la coltura di aziende agricole. Il « ritorno alla terra » di tali famiglie, facilitato dalle « Casse di Credito Agricolo » con prestiti a tasso molto ridotto ed a lungo termine, vale al vantaggio agricolo delle campagne e al progresso della difesa sociale antitubercolare.

Il progetto stabilisce la costituzione di un « fondo di garanzia del Credito Agricolo » in favore dei tubercolotici e pretubercolotici che escono dai sanatori, per mezzo di tasse sul prodotto del giuoco nei circoli e casini di giuoco; a favore dei pensionati militari vittime della tubercolosi o dei gas asfissianti, con crediti attualmente aperti nel bilancio dell'Ufficio Nazionale dei mutilati e riformati di guerra.

Scuola convitto per infermiere.

È aperta l'iscrizione alla Scuola-Convitto «Nani», annessa all'Ospedale Civile di Venezia per l'anno scolastico 1929-30. I corsi avranno inizio con il 1° novembre e termineranno il 31 luglio 1930.

Le allieve durante la loro permanenza nella Scuola avranno diritto a vitto ed alloggio. Le domande di ammissione sia al primo che al secondo corso, dovranno essere presentate alla Segreteria Amministrativa dell'Ospedale entro il 30 ottobre. L'età dev'essere compresa fra 18 e 30 anni. Per le minorenni, richiedesi l'approvazione del padre o di chi esercita la patria potestà. Sono ammesse soltanto le nubili o le vedove senza prole. Le allieve, oltre a fornirsi a proprie spese dell'uniforme e del corredo personale prescritto, dovranno mensilmente versare alla Tesoreria dell'Ospedale la retta anticipata di L. 150 a titolo rimborso spese vitto ed alloggio. A tale scopo esse dovranno produrre un regolare atto di garanzia a firma del padre o di chi esercita la patria potestà o di Enti o cittadini notoriamente solvibili, che conoscendo le alte finalità della Scuola, vogliano assumere l'onere del mantenimento di una o più allieve. Per le altre condizioni chiedere l'annunzio.

Per un centro di malarioterapia in Corsica.

Il prof. Marechoux di Ajaccio preconizza la fondazione di un centro di malarioterapia, in accoglimento di un voto formulato dall'Accademia di Medicina di Parigi, del quale demmo già notizia.

Onoranze a un collega.

Nella sede dell'Ordine dei Medici di Livorno, ch'ebbe per molti anni a presidente il dott. Federico Pellegrini, questi, ritirandosi dall'esercizio professionale dopo un trentennio di grande e proficua attività, fu assai festeggiato dai colleghi. Con affettuosi discorsi venne offerta al festeggiato una medaglia d'oro, accompagnata da un album che reca le firme di tutti i colleghi della provincia.

Alla memoria di O. Cruz.

Il 6 luglio, in occasione delle feste pel centenario dell'Accademia Nazionale di Medicina di Rio de Janeiro, fu collocata la prima pietra di un monumento ad Oswaldo Cruz, nella Avenida das Naçoês. Il giorno successivo fu inaugurata una targa in bronzo, offerta dalla Facoltà Medica di Montevideo e collocata nella hall dell'edifizio principale dell'Istituto di Manguinhus.

Alle due cerimonie erano presenti la vedova e i figli.

Alla memoria di Cabanès.

Il 1° settembre, sulla tomba di Cabanès a Gourdon (dipartimento del Lot), venne inaugurato un monumento che reca l'iscrizione: Al dottor Cabanès — Rinnovatore della critica medico-storica — Autore de « La storia lumeggiata della clinica » — I confratelli, i lettori, gli amici — 1862-1928.

Numerosi gli oratori. Alla cerimonia era presente la vedova.

Due medici che offrono il proprio sangue.

Nell'Ospedale d'Ivrea hanno offerto il loro sangue, a vantaggio d'infermi, il primario medico dott. Benedetti (per la terza volta) e il dott. Maggi, del riparto chirurgia.

Dopo breve e violenta malattia, si è spento in questi giorni il dott. cav. ENRICO GARRONE, già assistente medico-chirurgo ed attualmente assistente radiologo negli Ospedali di Roma, lasciando largo cordoglio e stima fra i colleghi.

Da vero soldato, egli ha voluto che il suo cadavere fosse sezionato, desiderando di essere, dopo la morte, semplice, come lo era stato sempre in vita.

Il prof. Dionisi, prima di iniziare l'autopsia, davanti a numeroso pubblico medico, commemorò con elevato parole il giovane collega, rapito troppo presto alle gioie della vita.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M .Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 7 Ottobre 1929 — Num. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Anemia emolitica con emosiderinuria perpetua.

Prof. ETTORE MARCHIAFAVA.

L'argomento di questa nota (1) è lo stesso della pubblicazione nel *Policlinico*, Sezione medica, 1928: cioè, sull'anemia emolitica con emosiderinuria perpetua. In quella prima pubblicazione, dopo avere ricordato un caso studiato con Nazari di anemia emolitica acquisita, con itterizia, senza splenomegalia, con eliminazione perpetua per i reni della sostanza colorante del sangue di colore rugginoso, raccolta precipuamente nei cilindri, durata otto anni con esito letale, nella sindrome di anemia grave, con il reperto anatomico di intensa emosiderosi renale; esponevo un altro caso di anemia emolitica, senza itterizia, senza tumore splenico, con eliminazione costante, perpetua per i reni della sostanza colorante dei globuli rossi convertita in emosiderina, com'era dimostrato dalla reazione del ferro, in gran parte raccolta nelle cellule renali e nei cilindri. Alla emosiderinuria perpetua si aggiungevano crisi di emoglobinuria, a intervalli di varia durata, nelle quali il sedimento delle orine era di colore marrone scuro, cioccolata, e, all'esame microscopico, nel sedimento, formato dalla emoglobina granulare, si vedevano risaltare i cilindri e le cellule renali, di colore rugginoso, i quali elementi davano la reazione del ferro, mentre la emoglobina granulare o non dava alcuna reazione o prendeva un colore turchiniccio, sul quale spiccava il colore fortemente turchino di quegli elementi. All'esame morfologico del sangue i fatti di maggiore importanza erano la oligocitosi (G. R. 3.078.000 nel giugno 1927), l'anisocitosi con macrociti e microciti, l'assenza di globuli rossi nucleati, la leucopenia con linfocitosi, l'assenza di piastrine. Era, come dissi allora, un caso di anemia emolitica, nel quale la emolisi non doveva essere indotta dallo studio del ricambio emoglobinico; ma si riconosceva dall'esame quotidiano delle orine, sempre con una quantità maggiore o minore di sedimento rugginoso, ottenuto per la centrifugazione di pochi cmc.

(1) Sullo stesso argomento ebbi l'onore di fare una comunicazione alla R. Accademia medica di Roma nella seduta del 27 luglio corr. anno.

di orina anche appena eliminata e formato, come si è detto, in gran parte di cellule renali e di cilindri carichi di emosiderina.

Dopo la mia pubblicazione il prof. Ceconi di Torino (*Minerva Medica*, 1928) mi fece un cortese rimprovero di non aver tenuto conto dei casi d'itterizia emolitica con emoglobinuria intermittente, alcuni dei quali osservati e illustrati nella sua scuola; fra i quali un caso, in un giovine di 28 anni, con anemia, leucopenia, itterizia acolurica, splenomegalia, con attacchi ricorrenti di emoglobinuria, nel quale, dopo la morte, avvenuta poche ore dopo la splenectomia, vi trovò siderosi dei reni e siderosi di alcune glandole linfatiche, congestionate, iperplastiche, con abbondanti cellule globulifere e pigmentifere, dal quale ultimo reperto, interpretato come funzione emocaterotica, nella mente di Ceconi venne la idea della ragione di alcuni insuccessi della splenectomia. Ora io, riconoscendo la notabile importanza delle osservazioni e degli studi di Ceconi e della sua scuola intorno la clinica, la patogenesi e l'anatomia patologica della itterizia emolitica, devo dichiarare che lo scopo della mia comunicazione era soltanto quello di mettere in evidenza una forma di anemia, certamente emolitica, senza itterizia, senza tumore splenico, il cui carattere differenziale consiste nella *emosiderinuria perpetua*.

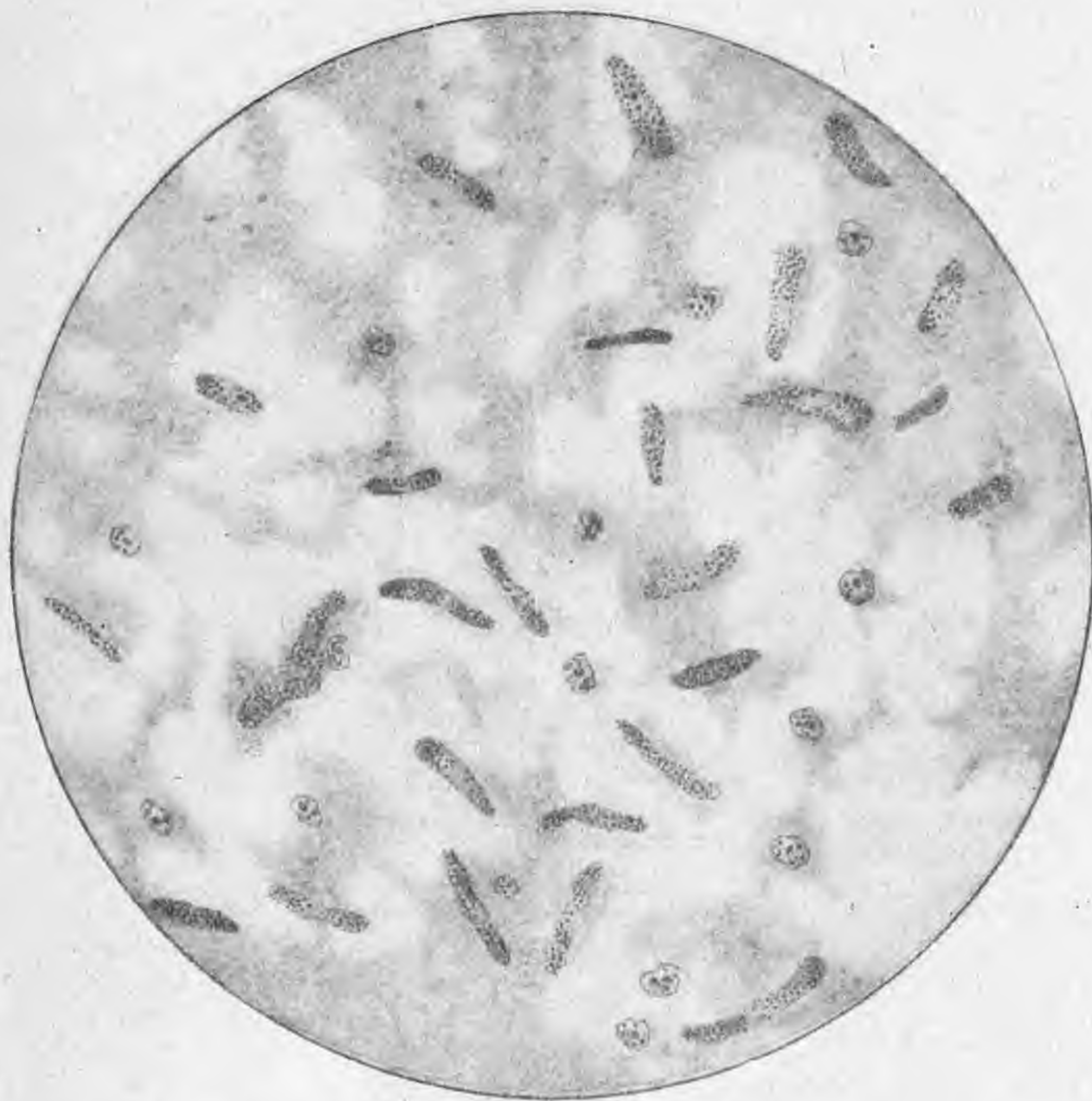
Il prof. Micheli di Torino, le cui benemerenze degli studi della patologia e della terapia delle anemie emolitiche sono ben note, che aveva avuto nella sua clinica, nel 1927, l'ammalato prima che fosse da me studiato, ha illustrato il caso in una seduta della R. Accademia di Medicina di Torino (*Policlinico*, Sezione pratica, n. 33, 1928). Egli parla di ricorrenti aumenti della milza e del fegato con subittero, che a me non fu dato di osservare. Le note ematologiche riferite dal prof. Micheli sono d'accordo con quelle osservate poi da noi. In più egli ha fatto la importante osservazione che, mentre il ferro era aumentato nelle orine, era normale nelle feci. Viene inoltre ricordata dal prof. Micheli una trasfusione di sangue omogeneo fatta all'ammalato e seguìta da una grave crisi di emoglobinuria, con fugace itterizia e accompagnata, come narra l'ammalato, da una sindrome di grande sofferenza. Conclude il prof. Micheli con il giudizio che si tratti di una forma speciale di anemia emolitica e, pur ritenendo probabile che la milza non sia il *primum movens* nella genesi della malattia, si domanda se, nella inutilità di tutte le cure, non sarebbe giustificata la splenectomia.

Ora esporrò brevemente la storia dell'ammalato dopo la comunicazione di due anni or sono.

La emosiderinuria continuò *perpetua*: sempre il solito sedimento rugginoso con il solito reperto microscopico di cellule renali e di cilindri carichi di emosiderina dimostrata dalla reazione del ferro (v. figura). E continuarono le crisi di emoglobinuria con orina marrone scuro, con sedimento cioccolata, sempre con scarsa o assente urobilinuria. Le condizioni generali rimasero stazionarie per alcuni mesi; poi si ebbe tendenza al peggioramento; facile stanchezza, affanno e palpitazione nel salire e nel camminare in fretta, insonnia con ambascia, dolori lombo-sacrali con diffusione alla parte posteriore delle coscie specialmente a sinistra; sintomi, i quali esacerbavano durante la crisi di emoglobinuria. Nel luglio 1928, ora è più di un anno, la cifra dei globuli rossi era di 1,968,000, quella dei globuli bianchi di 3000, con anisocitosi, leucopenia polinucleare con linfocitosi e assenza di globuli rossi nucleati e di piastrine. L'ammalato, pure in tali condizioni, poteva attendere ad un lavoro moderato, facendo anche esercizio fisico e diceva di sentirsi discretamente e di alimentarsi sufficientemente con appetito, con digestioni normali. Nel dicembre 1928 si ebbe una crisi di orine scure con abbondante sedimento rosso marrone. In seguito il colore delle orine variava nelle singole giornate. Nel mese di gennaio 1929 si ebbero con frequenza orine scure, continuando le condizioni generali ad essere tali da consentirgli di attendere al consueto lavoro. Nei giorni 24, 25 di quel mese le orine furono molto scure, con grande malessere, dolori diffusi al tronco e agli arti, prevalenti nelle regioni lombo-sacrali, palpitazioni, insonnia tormentosa, depressione. Nel giorno 28 orine di colore quasi normale; nel cui centrifugato, nubecola ocracea, con globetti e frustoli rugginosi, che hanno la solita composizione di cellule renali e di cilindri carichi di emosiderina. Nei primi giorni del mese di febbraio l'ammalato ebbe un attacco d'influenza, durato parecchi giorni con febbre alta e con esacerbazione di tutte le sofferenze, durante il quale le orine furono scure con abbondante sedimento color marrone. Nel giorno 9 dello stesso mese, perdurando la febbre, in via di diminuzione, le orine, ricche di urati, chiarificate al colore e centrifugate, dettero il solito sedimento rugginoso. L'esame morfologico del sangue non dimostrò modificazioni notabili del risultato dei precedenti esami. Nello scorcio di febbraio le condizioni dell'ammalato erano peggiorate e la cifra dei globuli rossi discendeva a 1.500.000. Allora, nella inutilità di tutte le cure fatte, si ritornò a pensare alla splenectomia già consigliata da qualche collega e alla quale io non mi sapeva decidere perchè il volume della milza era completamente normale. Come ho già detto il prof. Micheli, pur ritenendo che tutta la genesi della emolisi non fosse nella milza, ne riteneva giustificata la ablazione. Dello stesso avviso del prof. Micheli era il prof. Chauffard, cui si devono ricerche fondamentali sull'argomento delle anemie emolitiche e sugli itteri emolitici, il quale, dopo aver letto la mia nota, che gli avevo mandato, mi scriveva:

« Je me demande si dans un cas de ce genre la splénectomie ne serait pas le meilleur moyen d'obtenir la guérison, comme dans l'ictère hémolitique du type congénital ». A disporre maggiormente l'animo dell'ammalato alla operazione il prof. Pietra della clinica medica di Torino gli parlava in una lettera di un caso simile al suo

così la splenectomia fu decisa. L'ammalato preferì di farsi operare a Roma e l'operazione fu eseguita nella sua casa di salute dal prof. Raffaele Bastianelli, al quale esprimo la più viva riconoscenza per l'operazione eseguita e per le cure e le premure all'operato.

Prima della operazione l'esame del sangue dava

Sedimento delle urine (cilindri e cellule renali) con la reazione del Ferro (luglio 1929).

osservato dal prof. Alessandro Donati a San Paolo nel Brasile e guarito con la splenectomia (1). E

il seguente risultato: G. R. 1.600.000; G. B. 2.000; Emogl. 20. Formula leucocitaria: Polin. neut. 30.

(1) Per la grande cortesia del prof. ALESSANDRO DONATI ho potuto conoscere la storia del caso, che riassumo assai brevemente con il suo permesso. Si tratta di un giovine medico il quale nell'agosto 1921 ebbe una crisi di emoglobinuria con brividi e febbre, cui seguirono attacchi più leggeri ogni tre o quattro mesi. Nel marzo 1922, dopo una iniezione di 914, si manifestò emoglobinurica violenta, dopo la quale si ebbe peggioramento dello stato anemico e comparve un lieve e variabile ittero. Nel febbraio 1923, il prof. A. Donati ebbe i seguenti risultati: *Sangue*: G. R. 2.187.000. Emog. 35 per cento. V. G. 0,8. Leucociti 2.700. Rari G. R. nucleati; vari G. R. con sostanza granulo-filamentosa; poichilocitosi; anisocitosi, linfocitosi. Resistenza globulare: Mx. 9,28, Mn. 0,40 su G. R. lavati. Reazione Hijmans v. Bergh: positiva ritardata. *Orine*: colore giallo scuro, con sedimento abbondante di color bruno, urobilina aumentata. *Il sedimento è fatto di granuli giallastri, che dànno la reazione del ferro.* Nell'aprile 1929, dopo una violenta crisi emoglobinurica, peggioramento dello stato anemico, depressione fisica e morale. Nelle orine lo stesso reperto e di più *cilindri con emosiderina.* Ad una iniezione ipodermica di pochi cmc. di sangue seguì una crisi emoclasica. In quegli anni l'ammalato visitò clinici e specialisti ematologi in Francia, in Isvizzera, in Germania, ma senza alcun risultato. In seguito si manifestò *splenomegalia* e si fece più intensa la itterizia. Si recò quindi a Vienna, dove si fece la diagnosi di itterizia emolitica e si eseguì la splenectomia già consigliata dal prof. Donati. *La milza pesava due chili!* Dopo la splenectomia il giovane medico potè ritornare all'esercizio professionale nella sensazione di pieno benessere. Rimase peraltro un po' pallido e l'esame del sangue dava: G. R. 4.000.000; Emogl. 50 per cento. Intorno a questo caso importante, nel quale si osservò la emosiderinuria, con lo sviluppo di una notabile splenomegalia in un periodo già avanzato della malattia, il prof. Donati farà poi le sue considerazioni.

Mononucleari grandi e forme di passaggio 10. Linfociti 60. Anisocitosi con macrociti e microciti, poichilocitosi. Non si vedono globuli rossi nucleati nè piastrine. Reazione di Hijmans v. d. Bergh nel siero del sangue: reazione diretta, negativa; reazione indiretta, positiva debole. Tempo di emorragia 7 minuti. La coagulazione del sangue inizia dopo 2' ed è completa dopo 8',30''.

La operazione fu eseguita in 20 minuti senza alcuna difficoltà, perchè la milza era libera da aderenze, nè si ebbero emorragie. Il decorso post-operatorio non fu peraltro come noi speravamo. La sera del giorno della operazione, che fu il 6 marzo, iniziò la febbre, che doveva durare per circa quattro mesi a tipo continuo con esacerbazioni vespertine precedute spesso da brividi e seguite da sudori notturni; nell'ultimo periodo a tipo intermittente, con polso sempre molto frequente. Alla metà di marzo si manifestarono i sintomi di una pleurite essudativa sinistra con essudato sieroso, leggermente torbido con prevalenza di leucociti polinucleari. Alla pleurite si accompagnarono epistassi frequenti ed emorragie gengivali. La pleurite, dopo tre settimane, era risoluta. Se non che la febbre continuò elevata e con polso sempre molto frequente. Una emocoltura riuscì negativa e mancò la leucocitosi. La mente si mantenne sempre lucida e si potè dare un'alimentazione sufficiente. Nel cuore si ascoltava un forte soffio sistolico ovunque, prevalente alla base. Si manifestarono disturbi visivi maggiormente nell'occhio sinistro, dovuti ad emorragie retiniche premaculari come fu riconosciuto dall'esame oftalmoscopico eseguito nella clinica oculistica. Il giorno 5 aprile, continuando la febbre, le emorragie nasali e gengivali e peggiorando l'anemia (G. R. 800.000), il prof. Bastianelli pensò di fare una trasfusione di sangue fraterno riconosciuto idoneo; ma la operazione si dovè interrompere dopo la trasfusione di appena 90 cmc. di sangue per difficoltà tecniche dovute all'angustia delle vene del donatore. Dopo la piccola trasfusione l'ammalato provò un brivido prolungato con maggiore elevazione della temperatura, *le orine mantenendosi chiare senza alcuna traccia di emoglobinuria*. Nei giorni seguenti si ebbe un miglioramento con diminuzione della febbre senza brividi, senza sudori, con cessazione delle epistassi. A questo miglioramento, durato pochi giorni, seguì un peggioramento con nuova esacerbazione della febbre, grande frequenza del polso (120-140), con pallore impressionante, con attacchi di cardiopalmo ad ogni movimento, senso di ambascia, affanno, insonnia, incapacità di sedersi sul letto, anoressia, gravissima prostrazione. Il numero dei globuli rossi era di 750.000! L'esito letale pareva imminente, quando il giorno 6 maggio, alle ore 11,30, si fece dal prof. Bastianelli una seconda trasfusione di sangue da un giovine aviatore di sana costituzione, perfettamente idoneo; questa volta la trasfusione fu abbondante, di circa 900 cmc. perfettamente eseguita da vena a vena. Dopo mezz'ora dalla trasfusione si ebbe un brivido intenso della durata di mezz'ora ed elevazione della temperatura a 40,2. La sera la temperatura era discesa a 38,5, il polso 94, il colorito della pelle e delle mucose, pallidissime prima della trasfusione, era roseo, non si ascoltavano più rumori sul cuore, si aveva sensazione di benessere, *le orine copiose chiarissime*. Più tardi l'ammalato sentì dolori articolari specialmente negli arti inferiori, che si calmarono con poca aspirina e poi cadde in un sonno tranquillo, riparatore, dal quale si risvegliò al mattino con senso di sollievo che non aveva provato da tanto tempo. Non senza preoccupazione ho seguito le trasfusioni del sangue fatte all'ammalato, memore delle conseguenze della trasfusione eseguita prima della splenectomia, le quali, se si fossero ripetute nella seconda, sarebbero state indubbiamente la morte. Ma invece il successo fu completo e la trasfusione fu veramente salvatrice della vita. Nei giorni successivi, mantenendosi le orine chiare, il buon colore della pelle e delle mucose, diminuirono gradatamente la febbre e la frequenza del polso e della respirazione ritornarono alle condizioni normali. Con la sensazione di benessere si risvegliò l'appetito. Dunque tutto il sangue trasfuso è rimasto nel sangue del ricevitore e non v'è stata traccia di emolisi intercorrente, come si dimostrò per l'assenza di emoglobinuria, d'itterizia e di urobilinuria; risultato ben diverso da quello prima della splenectomia. Il giorno 17 maggio, cioè otto giorni dopo la trasfusione, l'ammalato cominciò a levarsi e a camminare. Il miglioramento nelle condizioni generali nella nutrizione e nel colore della pelle e delle mucose, con appetito vivace, progredì rapidamente così che il giorno 3 giugno, dopo *tot discrimina rerum*, potè uscire dalla clinica e andare al mare.

Delle vicende post-operatorie non ha fatto che un brevissimo riassunto e soltanto delle più importanti.

Ora quale fu il comportamento del sangue e delle orine, dopo la splenectomia?

Per il sangue, il numero dei G. R. che era di 1.600.000 prima della operazione, andò diminuendo fino a scendere sotto 800.000 prima della seconda trasfusione. L'esame microscopico del sangue rivelò l'anisocitosi già veduta, l'aumento dei linfociti con la seguente formula leucocitaria: Polinucleati, 37,5. Mononucleati e forma di passaggio, 8,5. Linfociti, 54. Nella metà di aprile, dopo la splenectomia si cominciarono a vedere *globuli rossi nucleati normoblasti*, che non si erano veduti mai negli esami precedenti cominciati dal giugno 1927 e le piastrine, che non si era riuscito a vedere nei preparati di sangue dal primo giorno della nostra osservazione, però scarsissime e isolate. L'esame del sangue fatto il 1° giugno, 24 giorni dopo la seconda trasfusione, quando, cioè, i globuli rossi trasfusi avevano già compiuto il loro ciclo vitale, dimostrò: G. R. 2.400.000; G. B. 3.000; Emogl. 30. All'esame microscopico si videro anisocitosi, poichilocitosi lieve, rara e lieve policromasia, parecchi globuli rossi nucleati normoblasti (anche due in un solo campo di un preparato di striscio sottile), ma si videro anche pochi eritroblasti di volume maggiore e di volume minore del normale; e si ebbe la seguente formula leucocitaria: Leucociti polinucl. 29,5. Mononucleati e forme di passaggio, 14,5. Linfociti, 56. Le piastrine si vedevano scarsissime e isolate. L'aumento dei globuli rossi non era certo dovuto ai globuli rossi trasfusi, già morti, ma alla attività riparatrice eritropoietica del midollo delle ossa dell'ammalato, della quale veniva sicuro indizio dall'esame microscopico del sangue, specialmente dalla presenza di globuli rossi nucleati normoblasti. Com-

parvero in seguito, nei preparati di sangue (colorazione di Giemsa), numerosi globuli rossi più spesso ortocromatici con quei corpicciuoli rotondi di colore nucleare intenso rosso violetto, talora circondati da un alone chiaro, detti *corpi di Jolly-Howell* e che furono già osservati dopo la splenectomia.

Quando alle orine; queste, dopo la splenectomia, furono sempre abbondanti e chiare, ottenendosi sempre con la centrifugazione di pochi cmc. di orine, anche appena emesse, il solito deposito più o meno abbondante di colore ruggine formato di granulazioni rugginose libere ma in gran parte incluse nelle cellule renali e nei cilindri, le quali hanno dato sempre la reazione del ferro, che si mette facilmente in evidenza aggiungendo una goccia dei due reagenti ad una particella del sedimento rugginoso deposta sopra un porta-oggetti. Il peso specifico, secondo la quantità, fra 1010 e 1018. Spesso si manifestarono piccole quantità di albumina. La reazione della urobilina fu debole o assente. Continuando adunque la emosiderinuria dopo la splenectomia nei tre mesi che l'ammalato fu nella casa di salute e, dopo, uscitone fino al 22 giugno, non si ebbero più crisi di emoglobinuria con sedimento cioccolata, neppure nei periodi di febbre alta, neppure nei giorni più critici di vera diatesi emorragica, con emorragie dalle mucose del naso, delle gengive, nella retina, neppure dopo la generosa trasfusione di sangue! Le orine si mantennero sempre chiare in tutto quel lungo periodo; onde non era ardita la speranza che, se persisteva la emosiderinuria, dalla splenectomia si fosse ottenuto almeno il beneficio della cessazione delle crisi ricorrenti di emoglobinuria. Ma la speranza fu vana; perchè mentre l'ammalato si trovava in campagna in condizioni piuttosto buone (G. R. 2.445.000, Emoglobina 35, secondo un esame fatto dal dott. Angiolani di Ancona) si ebbe il giorno 22 giugno una nuova crisi di emoglobinuria con gli stessi sintomi degli attacchi precedenti (malessere, esacerbazione dei dolori lombo-sacrali con diffusione agli arti inferiori specialmente al sinistro, insonnia angosciosa, ecc.), senza alcuna causa occasionale manifesta. Le orine si fecero colore rosso marrone, con abbondante sedimento, che, all'esame microscopico, risultava di polvere rossigna, nella quale si vedono cellule renali e cilindri di coloro rugginoso; aggiungendo, come si è detto, i reagenti del ferro, la polvere rimane rossigna o prende un colore turchiniccio, mentre le cellule renali e i cilindri divengono più o meno intensamente turchini. L'esame accurato dei cilindri dimostra che in alcuni la reazione è completa mentre in altri si vedono globetti e zolle turchini mescolati a parti di colore rossigno; talora i globetti turchini sono alla periferia dei cilindri e la parte centrale è rossigna e si vedono anche cilindri con pochi granuli turchini. Altrettanto si osserva nelle cellule renali. Così nelle crisi emoglobinuriche la eliminazione della emoglobina in forma di granuli o di cilindri si aggiunge alla emosiderinuria costante e supera questa e, almeno all'esame macroscopico, la nasconde. La eliminazione di orine più o meno scure con non rare crisi emoglobinuriche, è continuata dopo la crisi del 22 giugno.

L'esame del sangue, fatto un mese dopo il ritorno delle crisi emoglobinuriche, dimostrò una diminuzione del numero dei G. R. (1.712.593. Emogl. 30). L'ultima crisi emoglobinurica avvenne il 24 agosto. Ora si è in un periodo di tregua con miglioramento. L'esame del sangue dimostra un nuovo aumento del numero dei globuli rossi (1.915.000. Emogl. 35) al quale si è unito un aumento del numero dei globuli bianchi (8.000) con una percentuale non molto diversa dei leucociti neutrofili polinucleati e dei linfociti (48 %-41 %) mantenendosi l'anisocitosi, la debole e rara policromasia, la presenza dei corpi di *Jolly-Howell* in molti globuli rossi e il grande numero di globuli rossi nucleati normoblasti, con scarsissime piastrine isolate.

Rimane ora a dire poche parole intorno la milza, che fu tolta all'ammalato. La milza non era aumentata di volume, come già si era accertato all'esame clinico e come risulta dai dati seguenti: peso, g. 130; lunghezza, cm. 10; larghezza cm. 7,7; spessore, cm. 3,5. La capsula è liscia non ispessita, senza segni di aderenze, con tre piccole incisure sul 3° inferiore del margine anteriore. Sulla superficie di sezione sopra un fondo rosso vinoso spiccano nettamente i corpuscoli di Malpighi numerosi, di varia grandezza. *Non si vede nel parenchima splenico il minimo segno di emosiderosi.* I vasi sanguigni sono di aspetto normale; ben visibili le trabecole, che si dipartono dalla capsula. Negli strisci della polpa splenica, fra le varie cellule della polpa e del sangue, *non si vedono cellule globulifere o cellule pigmentifere.* Sebbene all'esame macroscopico la milza apparisse normale, l'esame microscopico ha rivelato parecchie alterazioni, delle quali la più manifesta e che si riconosce ad un primo esame è la degenerazione jalina delle arteriole dei follicoli ora uniformemente diffusa in tutta la sezione del vaso ora circoscritta o prevalente in un segmento delle pareti vasali. Alla jalinosi delle arteriole si accompagnano parziali sclerosi del tessuto di alcuni dei follicoli, di regola alla periferia della membrana esterna delle arteriole. A queste alterazioni, che sono le più vistose, si aggiungono altre più sottili, osservate dal collega prof. Dionisi, nel contenuto dei seni dove si vedono copiose cellule eosinofile, negli endoteli di rivestimenti rigonfi e desquamanti, nei cordoni di Billroth con principio di sclerosi; alterazioni le quali, sebbene importanti, non ebbero alcun rapporto genetico con la malattia e devono essere considerate come secondarie analogamente alle alterazioni, che si ritrovano in vari organi nell'anemia perniciosa come le degenerative nei cordoni posteriori del midollo spinale. *L'assenza di emosiderosi rilevata all'esame macroscopico viene confermata dall'esame microscopico.* Con tutta la emosiderina, che, da anni, veniva giornalmente eliminata per i reni, non un solo granello se ne trovò nella milza. Se non che, a proposito della emosiderosi della milza devo ripetere, ciò che dissi nella prima nota, che il grado della emosiderosi splenica non è in rapporto con la funzione abnorme emolitica dell'organo come è dimostrato dai casi di Antonelli (*Policlinico*, 1913) e di Greppi (*Policlinico*, 1927), nel primo con emosiderosi intensa, nel secondo con emosiderosi lieve, ambedue guariti con la splenectomia.

Dopo questa breve esposizione dei fatti, ricordo che, due anni or sono, nella discussione del caso, si affacciò l'ipotesi che la malattia con la lenta e perenne emolisi, onde l'emosi-

derinuria perpetua, e con la ricorrente copiosa e tumultuaria emolisi, onde le crisi emoglobinuriche, fosse in rapporto con una funzione abnorme, con una iperfunzione emolitica della milza, onde l'abnorme emolisi anche fuori del parenchima splenico; e si aggiunse che la ipotesi poteva passare nel campo dei fatti quando si potesse eliminare la funzione splenica ed osservarne gli effetti. Ora la eliminazione della funzione splenica è avvenuta con la splenectomia; ma la malattia è rimasta con la emosiderinuria perpetua e con le ricorrenti crisi emoglobinuriche, queste assenti per circa quattro mesi dopo la splenectomia. Dunque la etiologia e la genesi della malattia non procedono dalla milza, come in altri casi di anemia e d'ittero emolitici: la distruzione abnorme dei globuli rossi non è cessata con la eliminazione della milza.

Poichè l'insuccesso della splenectomia ha dimostrato che la emolisi non è di origine splenica, quale ne saranno la etiologia e la genesi? La emolisi nel sangue circolante mal si concilierebbe con l'assenza di tumore splenico spodogeno, dimostrata dall'esame della milza e, nel caso presente, di assenza d'itterizia e di copiosa urobilinuria. Si potrà pensare con Dionisi e con Ceconi ad una funzione emocateretica delle linfoglandole, onde Ceconi si rendeva conto dell'insuccesso completo o parziale di alcune splenectomie? Io devo confessare che il mio pensiero inclina verso la genesi e la sede della emolisi nel letto vasale dei reni; emolisi lenta, continua, non abbondante, nella quale la emoglobina assorbita dagli epiteli della sezione secernente e trasformata in emosiderina viene eliminata con le cellule epiteliali e con i cilindri, che ne sono carichi; alla quale emolisi lenta perenne si aggiungono ricorrenti copiose distruzioni di globuli rossi la cui emoglobina viene eliminata libera con le orine. Con questa congettura si conciliano l'insuccesso della splenectomia e l'insieme dei sintomi fra i quali non devono dimenticarsi i dolori lombo-sacrali, onde soffre l'ammalato e che esacerbano prima e durante le crisi emoglobinuriche. Se non che, quando anche fosse dimostrata la origine renale della emolisi, sarebbero forse risoluti tutti i problemi che si affacciano in questa forma di anemia emolitica? Quale la spiegazione della lunga tregua delle crisi emoglobinuriche, pur nel periodo delle condizioni più gravi dell'ammalato?

Si è detto che prima della splenectomia la trasfusione del sangue dello stesso gruppo sanguigno dell'ammalato fu un completo insuccesso. Questo insuccesso non si è ripetuto nelle trasfusioni di sangue idoneo dopo la splenectomia, anzi, come si è detto, la seconda fu veramente salvatrice della vita. Ora la intolleranza della trasfusione prima e la tolleranza dopo la splenectomia si sono osservate in altri casi come in quello ricordato da Greppi, nel quale la dimostrazione che la intolleranza alla trasfusione fosse veramente di origine splenica venne data dal fatto che la trasfusione ebbe effetto certamente benefica quando fu eseguita dopo la splenectomia. Se la tolleranza e il benefizio della trasfusione del sangue fossero il solo guadagno della eseguita splenectomia, non sarebbe spregevole, perchè ci ha dato nelle mani una cura sicura e pronta da ripetersi quando ne ritornasse la indicazione. E ciò è un conforto per l'ammalato, il giovine intelligente e bravo aviatore, il quale ha compreso la sua condizione e fu deluso nella speranza di aver conseguito con la splenectomia, se non la guarigione, almeno la scomparsa delle crisi emoglobinuriche. Se non che a quel benefizio derivato dalla splenectomia si deve aggiungere la più energica attività riparatrice, sebbene non del tipo normale, del midollo delle ossa rivelata dall'esame morfologico del sangue specialmente per il grande numero di eritrociti nucleati e dalla oligocitemia meno grave di quella preoperatoria e con ciò sono d'accordo la scomparsa dei rumori anemici nel cuore e il relativo benessere subiettivo ed obiettivo dell'infermo. Dopo la splenectomia non è cessata la emolisi ma si è resa più attiva la riparazione midollare eritropoietica.

Per tutto ciò, che si è detto, alla conclusione fatta nella prima nota della esistenza di una forma di anemia emolitica, senza itterizia, senza splenomegalia, con emosiderinuria perpetua; si deve aggiungere che tale forma di anemia emolitica, nel caso presente, si è dimostrata indipendente da una funzione abnorme della milza (1).

RIASSUNTO.

L'A. richiama un caso già descritto di anemia emolitica senza itterizia nè splenomegalia, con emosiderinuria perpetua e crisi ricorrenti di emoglobinuria. Ne riferisce ora la storia ulteriore. La splenectomia non ha recato alcun miglioramento. La trasfusione di sangue, mal tollerata prima della splenectomia, ha determinato poi un emendamento marcato, ma temporaneo, dei sintomi.

---

(1) I vari esami, dei quali ho riferito alcuni dati, furono eseguiti nell'Istituto di anatomia pat. della R. Università; nella Clinica del prof. R. Bastianelli; uno nel laboratorio dei dott. Zanon, Scelba; due nel laboratorio del dott. Angiolani in Ancona.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO DI PALERMO
I REPARTO CHIRURGIA DONNE
diretto dal primario prof. FLORIO.

L'autovaccino-terapia negli epiteliomi ulcerati del collo d'utero

per il dott. F. SPECIALE.

Molti AA. hanno studiato la flora batterica vaginale negli epiteliomi ulcerati del collo, sia allo scopo di investigare l'agente etiologico sia ancora e più frequentemente i germi in prevalenza in detta flora come del pari l'influenza di alcune cure su le modificazioni eventuali di detta flora. Troppo lungo sarebbe riportare quanto è stato accertato sui germi con pretesa azione patogenetica, ci limiteremo quindi a riportare le conclusioni alle quali sono venuti i ricercatori della flora batterica vaginale nei cancri uterini inoperabili, come pure le modificazioni di detta flora in seguito al trattamento con vaccinazioni locali.

Lo studio della flora batterica dei tumori maligni ulcerati è stato fatto da molto tempo con risultati non molto concordi. Accenniamo ai lavori di Regaud, Muttermilch, Lumier, Montoloy, dai quali risultano quasi sempre presenti degli streptococci, anzi Heiman ritiene che questi abbiano una parte preponderante nella evoluzione degli stessi epiteliomi. Limitando l'osservazione allo studio della flora microbica sia aerobica che anaerobica Grandclaude, Ligeois hanno trovato appunto uno streptococco anaerobico quale germe predominante nella flora batterica di questi tumori. Questi AA. procedendo all'isolamento sistematico della flora batterica vaginale, trovarono nelle culture aerobiche: stafilococci tetrageni; pseudodifterici, colibacilli, streptoenterococci; nelle culture anaerobiche: streptococci, bac. perfrigens, putrificus, ai quali attribuiscono pure importanza per spiegare il decorso delle complicanze di tali neoplasie.

Assai recentemente Hartmann, Aitoff, Fabre, hanno ripreso questi studi ed hanno cercato di apportare un contributo terapeutico di un discreto valore, servendosi delle applicazioni locali alla Besredka.

I germi identificati da questi AA. per mezzo delle culture, erano rappresentati da colibacilli, protei, piocianei, bac. fluorescens, pseudodifterici e grossi diplococci gram-positivi che gli AA. non sono riusciti a bene identificare. Parallelamente al decorso clinico degli epiteliomi ulcerati, nel senso della diminuzione della secrezione, nella scomparsa del fetore, ecc., lo studio della composizione microbica fatto da questi AA., ha accertato una diminuzione progressiva della polivalenza di detta flora che riesce ad essere quasi monovalente, quando i segni clinici deponevano per una sosta del processo ulcerativo. Dal punto di vista batteriologico concludono come tutti gli ammalati da loro studiati affetti da epitelioma ulcerato dell'utero, erano dei portatori di una flora batterica ricca e variata e contrariamente a quanto da altri prima era ritenuto, non sono gli streptococci i germi che predominano in detta flora.

Se l'identificazione della flora batterica vaginale nel cancro dell'utero ha condotto a dei risultati quasi concordi nel senso della sua costituzione polivalente, l'accordo non vi è quando si tratta di determinare quale è il germe in prevalenza. Così mentre alcuni AA. ritengono che gli streptococci predominino, Hartmann è venuto a conclusioni contrarie dimostrando inoltre la persistenza di un diplococco.

Data la divergenza dei risultati abbiamo creduto opportuno riprendere le ricerche, studiando la flora batterica vaginale tanto prima che dopo l'applicazione della vaccino-terapia locale.

RICERCHE PERSONALI.

Dirò brevemente la tecnica eseguita: Le ricerche sono state fatte in cancri ulcerati del collo d'utero assolutamente inoperabili. Preparato un comune tampone di cotone sterilizzato all'autoclave, lo abbiamo introdotto in vagina e tenuto in sito per 12 ore. Dopo si è estratto e con questo si è preparato un auto-brodo-vaccino e contemporaneamente a mezzo di semine nei comuni terreni di cultura, si è determinata la flora microbica. Pronto l'auto-brodo-vaccino, si sono fatte a mezzo di un tampone sterile imbevuto completamente di circa 20 cmc. del filtrato, delle applicazioni locali per la durata di 12 ore. Dopo 4 applicazioni siamo tornati a prelevare la flora microbica vaginale, continuando in seguito le esperienze con l'auto-brodo-vaccino. Di solito abbiamo praticato 4 serie di applicazioni di 4 giorni, controllando sempre le eventuali modificazioni microbiche locali. Le ammalate hanno sopportato assai bene tali medicature.

CASISTICA.

CASO I. — A. Rosalia, di anni 65, da Palermo. È degente al Principe Umberto per epitelioma ulcerato del collo d'utero con infiltrazione estesa dei parametri.

Utero fisso, dolente. Secrezione vaginale abbondante, fetida.

8-II-29: L'esame della flora batterica vaginale ci dà la presenza di diplococchi, ovalari, oblunghi, delle forme bacillari corte, tozze, bac. coli, streptococchi, stafilococchi.

Dal 20 al 23 febbraio medicature con l'autofiltrato.

24-II: L'esame batteriologico dopo le prime applicazioni ci mostra la flora batterica quasi identica al primo esame. Si nota la scomparsa dello streptococco.

Dal 25 al 28 medicature con l'autofiltrato.

1-III: Esame batteriologico che dà solamente due forme bacillari date dal coli e dallo stafilococco. La secrezione è diminuita e l'emorragia è quasi scomparsa.

Dal 2 al 5 marzo, 3ª serie di applicazioni.

6-III: L'esame batteriologico ci dà la presenza di una flora monomicrobica costituita da stafilococchi.

Dal 7 al 10 applicazione dell'autofiltrato.

11-III: I caratteri della flora batterica non sono mutati. Persistenza dello stafilococco. La secrezione non è più purulenta ma è diventata come sierosa e meno fetida.

CASO II. — P. Concetta, di anni 69, da Palermo. È degente al Principe Umberto per epitelioma ulcerato del collo d'utero con invasione della vagina. Ha perdite dai genitali abbondanti e fetide.

4-II-29: Prelevamento della flora vaginale che risulta da: cocchi isolati con tendenza a riunirsi a due; stafilococchi; streptococchi; forme bacillari somiglianti molto al coli.

Dal 16 al 19 applicazione dell'autofiltrato.

20-II: Esame batteriologico: assenza dello streptococco, persistenza degli altri germi.

Dal 21 al 24 medicature con l'autofiltrato.

25-II: L'esame batteriologico mostra la presenza di soli stafilococchi.

Dal 26 febbraio al 1° marzo, applicazioni dell'autofiltrato.

2-III: Flora monomicrobica che persiste anche dopo applicazioni continuate di autofiltrato.

CASO III. — A. Giuseppa, di anni 62, da Palermo. Viene all'ospedale per epitelioma ulcerato del collo d'utero con infiltrazione estesa dei fornici. L'inferma accusa forti dolori al basso ventre con irradiazione lombare. Dalle vie genitali abbondanti perdite assai fetide miste a sangue.

12-III: Prelevamento della flora batterica. È costituita da diplococchi ovalari, oblunghi; microstafilococchi, bac. coli; streptococchi.

Dal 21 al 24, medicature con autofiltrato.

25-III: La flora vaginale risulta costituita dagli stessi germi.

Dal 26 al 30 marzo, applicazioni dell'autofiltrato.

31-III: L'esame batteriologico mostra la scomparsa dello streptococco, del bac. coli, mentre i diplococchi sono assai rari.

Dal 2 al 5 aprile, medicature con autofiltrato.

16-IV: L'esame batteriologico mostra la riduzione della flora costituita da soli stafilococchi e rari diplococchi, e ciò anche in seguito ad altre medicature.

CASO IV. — C. Giovanna, di anni 56, da Palermo. È affetta da epitelioma del collo d'utero con estesa infiltrazione.

Utero fisso, dolente, perdite abbondanti, purulenti.

26-III: Prelevamento flora vaginale. È costituita da bac. coli; diplococchi; stafilococchi; forme bacillari corte.

Dal 6 al 10 aprile, medicature con autofiltrato.

11-IV: Notasi diminuzione dello scolo vaginale e la flora batterica persiste costituita dai germi accennati.

Dal 12 al 16, applicazioni del filtrato.

17-IV: Esame batteriologico che ci dà la presenza di due soli germi: stafilococchi e bac. coli.

18-22-IV: 3ª serie applicazioni dell'autofiltrato.

23-IV: All'esame batteriologico si notano soltanto stafilococchi.

24-27-IV: Medicature con l'autofiltrato.

30-IV: Flora monomocrobica data da stafilococchi.

CASO V. — R. Amelia, di anni 71, da Palermo. Presenta epitelioma del collo d'utero in isfacelo ed invasione della vagina. Perdite abbondanti, fetide.

26-III: Prelevamento della flora vaginale che all'esame risulta data da diplococchi; stafilococchi, streptococchi, bac. coli.

8-12-IV: Medicature con autofiltrato.

13-IV: L'esame batteriologico dà microstafilococchi, diplococchi, bac. coli.

14-17-IV: Medicature.

18-IV: Esame batteriologico: riscontriamo solamente stafilococchi.

19-22-IV: Medicature con autofiltrato.

23-VI: Flora monomicrobica (stafilococchi).

24-27-IV: Medicature.

28-IV: La flora persiste monomicrobica.

CASO VI. — G. Caterina, di anni 59, da Termini. È affetta da cancro del collo d'utero con infiltrazione dei parametri. Utero grosso fisso.

29-III: Prelevamento della flora vaginale: diplococchi, stafilococchi, bac. coli, forme bacillari corte.

Dall'11 al 14-IV, applicazioni dell'autofiltrato.

15-IV: L'esame batteriologico ci dà una flora simile alla precedente.

16-19-IV: Medicature.

20-IV: L'esame batteriologico dà la presenza del bac. coli e stafilococco.

22-25-IV: Applicazione dell'autofiltrato.

26-IV: L'esame batteriologico ci mostra solamente degli stafilococchi e questo reperto torniamo a trovarlo il 12-V dopo la 4ª serie di applicazioni dell'autofiltrato. L'inferma sente di stare meglio, specialmente nei riguardi della secrezione vaginale che è assai diminuita e meno fetida.

CASO VII. — R. Teresa, di anni 53, da Alcamo. Viene all'ospedale per epitelioma del collo d'utero con infiltrazione dei parametri. Ha dolori diffusi al basso ventre. Perdite purulenti e fetide.

2-IV: Prelevamento flora batterica. Notiamo dei diplococchi ovalari oblunghi dei microstafilococchi, coli, delle forme bacillari corte con margini arrotondati e somiglianti al coli, ma molto più corte.

Dal 14 al 17, medicature con autofiltrato.

18-IV: L'esame batteriologico ci dà la riduzione della flora ai diplococchi e stafilococchi.

19-22-IV: 2ª serie medicature.

23-IV: La flora batterica è costituita da stafilococchi, diplococchi oblunghi.

24-27-IV: Medicature con autofiltrato.

28-IV: Esame batteriologico come il precedente.

29-IV-2-V: Medicature con autofiltrato.

3-V: Si preleva la flora vaginale che è rappresentata da diplococchi un po' allungati e stafilococchi. La secrezione vaginale è notevolmente ridotta, l'inferma non ha avuto emorragie.

CASO VIII. — T. Rosa, di anni 65, da Palermo. Presenta epitelioma ulcerato del collo d'utero con infiltrazione delle pareti vaginali. Soffre di abbondanti perdite assai fetide.

4-IV: Prelevamento flora batterica che risulta formata da microdiplococchi, streptococchi a catenelle corte, coli, stafilococchi.

16-19-IV: Medicature con autofiltrato.

20-IV: Esame batteriologico. Scomparsa dello streptococco.

22-25-IV: Medicature con autofiltrato.

26-IV: Esame batteriologico: diplococchi, bacterium coli, stafilococchi.

27-30-IV: Applicazione dell'autofiltrato.

1-V: L'esame batteriologico dà una flora monomicrobica costituita con autofiltrato.

6-V: L'esame batteriologico vaginale ci dà la presenza di soli stafilococchi.

Dalle esperienze fatte risulta che la flora microbica vaginale prima dell'auto-vaccino-terapia risulta costituita di solito da: diplococchi abbondanti, ovalari, oblunghi; da forme bacillari corte, tozze, alle volte con margini arrotondati, e somiglianti molto al coli ma molto più corti, da cocci isolati e con tendenza a riunirsi a due; da stafilococci; da microstafilococci; da streptococci a catenelle più o meno lunghe (la prevalenza era delle forme corte); dal coli.

Si osserva subito che dopo le prime serie dell'applicazione dell' auto-brodo-vaccino, la flora microbica è notevolmente modificata, cominciando a notarsi una marcata diminuzione nello sviluppo delle colonie e man mano che si procedeva negli esperimenti, la modificazione era sempre più notevole. Nei primi preparati abbiamo riscontrato sino a 6 specie bacillari, in seguito abbiamo notato la graduale riduzione sino ad una sola specie. È da rilevare come fra i primi a scomparire sono proprio gli streptococci. Dopo la terza serie di applicazioni il tipo di batteri che prevale e resiste sono gli stafilococci. In due soli casi (3° e 7°) abbiamo riscontrato anche la presenza di diplococci.

Dal punto di vista clinico abbiamo constatato un rapido miglioramento locale consistente in diminuzione della secrezione che appare anche modificata nei suoi caratteri, essendo più sierosa, meno fetida e quindi meno fastidiosa per le ammalate. Le emorragie sono molto più rare. Pertanto pur non potendo attribuire alla presenza dei germi studiati alcun valore etiologico per la comparsa del tumore, senza dubbio, e ciò è stato da tanti sostenuto, la presenza di questi numerosi germi che pullulano sulle ulcerazioni, contribuiscono a peggiorare lo stato locale e dare i sintomi dei quali più si lamentano le inferme.

Per controllo ho trattato due casi di epitelioma ulcerato del collo d'utero con semplici applicazioni di tampone imbevuto in filtrato di brodo comune sterile e non ho osservato modificazione di sorta nè nel decorso clinico del tipo dell'ulcerazione nè sulla composizione della flora microbica.

Crediamo quindi di poter concludere:

1) che la flora microbica del cancro ulcerato del collo d'utero subisce notevoli modifiche con l'applicazione dell'auto-vaccino-terapia locale;

2) che la prima modifica è data dalla scomparsa degli streptococci;

3) che la flora tende a diventare monomicrobica;

4) che resistono più di tutti i stafilococci e diplococci.

RIASSUNTO.

L'A. studiando le modificazioni della flora batterica vaginale nel cancro d'utero, in seguito all'auto-vaccino-terapia alla Besredka, ha notato subito la scomparsa degli streptococci e la riduzione monomicrobica della flora. I germi che più resistono sono stafilococci e diplococci.

BIBLIOGRAFIA.

1) HARTMANN, AITOFF, FABRE. *Vaccinothérapie locale des cancers sphacélés du col d'utérin.* Presse Méd., 1929.

2) GRANDCLAUDE et LIEGEOIS. *Contribution à l'étude bactériologique des états infectieux surayontés dans le cancer du col de l'utérus.* Ibid., 1928.

3) HEIMAN. *Rôle prédominant du streptocoque dans les infections des cancers utérins.* Berlin. Klin. Wochen., 1917.

4) LAUROS. *Étude biologique sur la virulence des germes du vagin.* Ibid., 1916.

5) LUMIER et MONTLOY. Citati da GRANDCLAUDE.

6) REGAUD et MUTTERMILCH. Ibid.

LEZIONI.

La psicologia individuale nella dottrina della neurosi.

(A. ADLER. *Deut. med. Wochenschrift*, Vienna, 8 febbr. 1929).

Il nostro pensiero cosciente incomincia sempre in occasione di una difficoltà per un atto di concentrazione, cioè con l'esclusione di singole parti non essenziali che ci disturbano o ci ostacolano quando ci troviamo di fronte a problemi importanti. E difficoltà di ogni genere ci troviamo sempre davanti, sicchè il nostro pensiero cosciente si estende largamente. Se un individuo fosse completamente adattato a tutte le occasioni ed a tutti gli incidenti che può offrire la vita — e fra gli esseri viventi, l'uomo lo è forse meno di tutti — la sua vita potrebbe decorrere al pari di un processo meccanico incosciente e perfetto. Ma, poichè fortunatamente non accade così, noi ci troviamo sempre dinnanzi a problemi che si presentano come delle prove e la risposta che noi diamo indica il grado della nostra preparazione, l'abilità che abbiamo acquisito, la capacità di prestazione, il coraggio, l'intelligenza, il carattere, la morale.

Per quante questioni e difficoltà possa offrire la vita, esse potrebbero risolversi abbastanza facilmente se noi fossimo bene preparati ed in tal caso daremmo la soluzione giusta. La questione della psicologia individuale riguarda quindi: 1) di quale specie sono i problemi della vita; 2) se, nella molteplicità di questi, vi sia una premessa indispensabile, 3) che cosa possa accadere quando tale premessa non è soddisfatta.

Per la prima questione, si è avuta una soluzione sorprendente. Si può dire che non ve ne siano altre tanto importanti nella vita quanto la questione della *presa di posizione sociale.* In qualsiasi lavoro, scoperta o ricerca scientifica, è importante il fatto che esso debba essere utile alla generalità. Nel modo con cui un individuo si comporta, fra camerati, fra amici, in società, in tutti i suoi tratti caratteristici, le virtù, l'amore per la verità, il carattere aperto, l'interessamento per gli altri, il popolo, l'umanità, in tutte queste *prese di posizione,* vibra il grado della sua disposizione ai rapporti sociali, della sua preparazione per la vita. Servono come connessione gli organi dei sensi, mentre il linguaggio ed i movimenti dell'espressione rispecchiano il grado della disposizione a tali rapporti sociali. L'intelligenza ha un valore generale, ogni morale fornisce le regole per il bene della comunità, il senso estetico ed i giudizi che vi sono connessi sono pervasi dalla visione nel futuro dell'umanità in quanto essa ha di eterno e sognano ad un mondo sano e bello, mentre le prese di posizione politiche e religiose considerano il bene della generalità. L'amore ed il matrimonio, nel loro significato naturale, sono legami sociali dei sessi allo scopo del reciproco appagamento e della continuazione della razza.

IL SENTIMENTO DI SOCIABILITÀ.

La debolezza fisica dell'uomo singolo di fronte alla natura rende necessari il perfezionamento della coltura e l'organizzazione del lavoro, presupponendo l'unione di tutti per tali scopi. Questo sentimento di contatto interumano si eleva davanti alle necessità di cure per la donna gravida e per il bambino e probabilmente sono proprio la debolezza dell'uomo stesso e la sua conoscenza della morte o di un pericolo che minacciano, che generano e completano questo sentimento di sociabilità.

Esso è indubbiamente innato, poichè nulla si può sviluppare della vita psichica dell'uomo se non preesistano delle disposizioni o delle possibilità che, in seguito, l'educazione metodica potrà portare ad ampio sviluppo. Già al primo giorno di vita, il bambino, nella sua sfera pur tanto limitata, incomincia ad educare le sue possibilità psichiche. I rapporti con i genitori, con gli altri fratelli, con gli estranei, con quello che esso desidera o gli viene proibito gliene forniscono l'occasione e portano ad una meccanizzazione delle forme di vita, in modo che egli, in seguito, di fronte ad analoghe condizioni si comporterà sempre allo stesso modo. Naturalmente, ne viene escluso il bambino deficiente o con malattie cerebrali, nell'educazione del quale poco si può contare sulle circostanze di fatto.

Negli altri, l'ambiente con i suoi maestri, con gli esempi ed, ancor più, con tante influenze che sfuggono, agisce nel senso di tracciare una direttiva. Problema molto complicato questo dello sviluppo psichico, in cui entrano le incognite delle proprietà innate, dell'ambiente, dell'educazione, per cui non è possibile risolverlo con mezzi, per così dire matematici, nè prevedere quale piega prenderà il singolo individuo.

Dagli errori nella costruzione dello stile della vita, ne verranno urti e tensioni, che si renderanno sensibili, più tardi, con determinati fenomeni o sintomi. E qui, possiamo già dire quanto segue: quando, nella vita vi sono delle questioni per la soluzione delle quali è necessario un certo grado del sentimento di sociabilità, se tale grado viene già precocemente assodato e passa nello *stile di vita* meccanizzato, ne seguirà indubbiamente l'urto di forme di vita erroneamente preparate e troppo lontane dal sentimento di sociabilità, quando l'individuo si trova dinnanzi a questioni gravi in cui è necessario l'interesse per gli altri; su uomini di tal fatta, non si potrà mai contare.

Invece, il problema delle qualità psichiche innate, delle variazioni in più od in meno,

degli impulsi, degli istinti e soprattutto dell'eredità, appare quasi senza valore. Quando ci è possibile (e, secondo le esperienze educative della psicologia individuale lo è certamente) sviluppare l'animo del bambino nella direzione verso il prossimo, ci riuscirà anche facile utilizzare le disposizioni ereditarie per il bene comune, sublimarle secondo l'espressione di Nietzsche, o foggiarle in modo da renderle adatte allo scopo, come descrive Fourier per il suo sistema dei falansteri.

Gli psicologi che basano tutto sull'eredità, sull'impulso, sull'istinto considerano tutto questo con troppa facilità e, dove si rendono visibili delle deficienze, invocano l'influenza dell'eredità o dell'impulso. E non si accorgono che è invece la deficienza del sentimento di sociabilità che ha la parte maggiore; essi sono persuasi di spingersi ben profondamente fino alla radice del male, senza vedere che, più tardi, dinnanzi alle questioni sociali, agisce soltanto ciò che si ha come conseguenza della mancanza di interesse interumano. Davanti all'individuo non sano, anormale, amorale, essi vedono soltanto l'impulso o l'eredità, trascurando il fattore principale come chi, di fronte ad un'inondazione considerasse soltanto la forza della corrente e non già la debolezza delle dighe.

La psicologia individuale e quella delle neurosi.

Cade qui acconcio rilevare come la psicologia individuale ha potuto arricchire di nuovi punti di vista la psicologia della neurosi, stabilendo come in tutte le deficienze della psiche umana vi sia sempre alla radice la mancanza di quel fattore che stabilisce i rapporti fra gli uomini e fa sì che essi vivano, amino, lavorino in comune. La difficoltà di educazione, le neurosi, le neuropsicosi, il suicidio, ecc., stanno ad indicare che la corrente della vita ha lasciato il suo letto poichè le dighe erano troppo deboli.

La psicologia individuale si è assunta il compito di rafforzare tali dighe, senza per questo, battere nuove vie, ma forse seguendo soltanto quella che l'umanità, nelle sue aspirazioni, ha tentato di battere con la religione, i sistemi educativi, la politica. Forse noi abbiamo avuto una migliore visione dei rapporti in quanto che la neurosi ci mostra bensì le stesse cose della vita, ma straordinariamente ingrandite. E la psicologia individuale persegue lo scopo di rafforzare le dighe, di dominare le forze elementari, elevandole verso il bene generale, mentre altri ritiene inutili le dighe e, forse in buona fede, vorrebbe anzi abbatterle per meglio lavorare.

Noi abbiamo veduto che, un giorno o l'altro, crolla quegli che era originariamente debole, l'uomo cioè, che vive entro i margini della comunità, ma distaccato da essa. E quello che noi vediamo nel crollo è degno di considerazione, non tanto per il fenomeno stesso, ma poichè si rende apparente la ragione per cui il sentimento di sociabilità non era in pieno valore. Nei sintomi di angoscia, noi vediamo lo stesso senso di debolezza e di mancanza di sicurezza che, nella disposizione al panico, difficilmente concede un interessamento per gli altri. Nei fenomeni coatti, troviamo il debole tentativo per arrivare alla padronanza, tentativo che si esplica in un lavoro inutile (senza valore per la comunità) poichè la fiducia in un lavoro utile per la generalità è ritenuta troppo fiacca. Nella malinconia, si mostra una temibile ostilità contro gli altri, che poi passa, come nel suicidio, allo strazio della propria persona. Nella mania, il fuoco di paglia di una appassionata e convulsiva fiducia in sè stesso, il grido di chi si innalza per affermare sè stesso. Nella schizofrenia, l'esclusione degli altri è spinta al massimo. La società, la professione, l'amore, le tre grandi questioni vitali, vengono escluse con amarezza e si perde, con esse, il senso della vita sociale. E sempre ritroviamo in queste malattie la espressione dell'assenza di sociabilità e, quindi, anche quella della sfiducia nelle proprie aspirazioni coscienti.

La favilla che ha appiccato l'incendio non va mai ricercata nel passato. La neurosi scoppia sempre per una delle questioni sociali menzionate, la società, la professione, l'amore ed i sintomi provengono sempre dallo stato di tensione in cui si trova il paziente, simile a quello di uno che non può pagare. Le forme più importanti di questa tensione sono l'angoscia, l'ira e la tristezza; così, il maniaco, nei suoi atti sfrenati non compie che un tentativo di vincere l'angoscia.

Le diverse reazioni individuali.

In questa tensione, che prende il sistema vegetativo, i diversi tipi umani reagiscono differentemente: l'uno con l'apparato gastro-intestinale, l'altro col sistema circolatorio, o con la vescica o gli organi sessuali. Nel suo sistema psichico scosso, il neurotico va alla ricerca di un punto di appoggio per la sua avversione alla comunità e lo giustifica, fino ad un certo punto (p. es., dominio sugli altri nell'agorafobia, ecc.). Per quanto riguarda poi l'eccitazione emotiva del simpatico e del parasimpatico, ci troviamo dinnanzi ad un'ultima questione insolubile, in quanto che sappiamo che essa si verifica, ma ignoriamo il come. Anche se si dovesse assodare che le emozioni agiscono sulle ghiandole endocrine (surreni, tiroide, ghiandole sessuali) e, più che per la loro eccitabilità, per la loro deficienza o per la deficienza delle vie adducenti del sistema vegetativo, non si sarebbe concluso nulla.

Ma la massima parte dei sintomi nervosi che noi vediamo si trovano radicati nello stile di

vita già precedentemente meccanizzato. È appunto stato questo uno dei primi reperti della psicologia individuale e noi abbiamo potuto assodare la frequenza con cui i disturbi nervosi e le neurosi funzionali si installano nel territorio di organi e sistemi organici ereditariamente minorati. Spesso, abbiamo potuto dimostrare che il quadro della neurosi si è stabilito nella funzione neurotica di organi originariamente minorati e siamo venuti così alla conclusione che il possesso di organi deficienti, anche se si tratta di ghiandole endocrine, costituisce una disposizione alla neurosi. Ma un altro fatto più importante abbiamo assodato che, cioè, il possesso di organi deficienti da parte di un bambino tarato per malattie o sofferenze ostacola lo sviluppo dell'interesse per gli altri, del sentimento di sociabilità. Ed abbiamo così potuto abbassare ancora il significato dell'eredità che potrebbe invece, in questo campo, apparire di una certa importanza.

È facile, p. es., comprendere che i mancini soffrano per la stessa tara ereditaria e corrano un certo pericolo per il loro interessamento alla comunità, ma noi, con l'uso di metodi adatti, possiamo ovviare a tale pericolo. Lo stesso vale, fino a un certo punto, per le nostre conoscenze mediche in riguardo ad altri organi deficienti. Inoltre, noi abbiamo potuto rilevare che un bambino quasi normale, in conseguenza di una nutrizione non adatta, può acquistare la stessa tara di un altro con un sistema gastro-intestinale deficiente. Ed appare qui nuovamente il concetto fondamentale della psicologia individuale, secondo cui nè l'organo, nè l'ambiente possono essere la sola causa delle deficienze, ma la tensione derivante da entrambi, oltre all'azione delle errate azioni psichiche.

In questo modo veniva segnato l'ulteriore cammino. Noi dovevamo ricercare la tara psichica di neurotici, nella loro fanciullezza, anche in altre situazioni, tara che agisce nel senso di ostacolare il sentimento della sociabilità. E l'abbiamo trovata, in modi diversi, in altri tipi, nei bambini *viziati* ed in quelli *odiati*. Agli uni ed agli altri fu impossibile aderire alla comunità e, nello stile di vita già meccanizzato a 4-5 anni, non vi fu più posto per essa. Soltanto una giusta comprensione di questa mancanza può permettere una nuova educazione del sentimento di sociabilità.

Proseguendo ancor più nel nostro cammino, siamo arrivati anche a rifiutare il trauma, ed anche quello sessuale che, in altre dottrine, sta alla base della neurosi. Tutte le vicende della vita si dimostrarono assimilate dallo stile di vita precocemente meccanizzato; e là dove noi abbiamo trovato delle violente vicende affettive connesse con la neurosi, le abbiamo trovate, non già come cause, ma portate nello stile di vita preformato, in un funesto legame. Per tal modo, noi possiamo altresì limitare il significato dell'incosciente per la neurosi. Tutte le impressioni risvegliatesi, le disposizioni di animo — sempre riconoscibili nel cosciente — si sono mostrate come frammenti nella struttura dello stile di vita, sempre appartenenti all'aumentato senso di deficienza, originato dalla deficienza degli organi, da male abitudini, dalla compressione. Il contrasto apparente fra cosciente ed incosciente, l'apparente ambivalenza del sentimento, delle tendenze, dei tratti caratteristici sono scomparsi tostochè si è compresa l'unità dello stile di vita.

Nelle espressioni coscienti, come nelle incoscienti, nei movimenti espressivi, nelle vicende, ecc. risorgenti dal buio dei ricordi, si mostra sempre lo stesso stile di vita in uno col sentimento di sociabilità, sempre molto abbassato nella neurosi. È appunto *questo abbassamento che costituisce l'inadattabilità alla soluzione delle questioni della vita sociale.* E questa si nota dall'aumento di tensione che porta ai sintomi fisici e psichici detti di « tensione »; questi, a loro volta, arrivano ad un blocco, in conseguenza del quale, il paziente, come gli è comandato dal suo stile di vita, esita (balbuzie, angoscia, fenomeni coatti, fobie), s'impunta (eritrofobia, agorafobia, ecc.) oppure devia verso un lato inutile di vita (perversioni sessuali, psicosi, suicidio, delitto, ecc.). Contemporaneamente, nel quadro dei fenomeni, compare lo scoraggiamento e la richiesta di condizioni più miti. In tutti i casi di neurosi, questa sensazione della situazione morbosa ha una parte notevole e fin qui troppo misconosciuta, per la determinazione dell'attitudine esitante, come, in diverso grado, lo ha l'intelligenza privata del buon senso.

Voglio qui brevemente accennare ad un merito che viene riconosciuto alla psicologia individuale, di avere cioè messo acutamente in rilievo il « modo di appercezione finalistico ». Si ritiene, con questo, che ogni individuo, dal sentimento di debolezza o di deficienza, quale si ha anche nello sviluppo fisico, aspiri allo scopo di una « forma ideale », cioè a vincere tutte le difficoltà della vita. Questo può dare una certa soddisfazione ed avere un giusto valore, soltanto se è diretto dal lato utile della vita, con un sentimento sviluppato di sociabilità, quando l'individuo sente di avere un certo valore (sempre per la comunità). Invece, nella neurosi, ritroviamo la sensazione di deficienza originatasi fin dalla prima fanciullezza, in conseguenza della quale il paziente va sempre alla ricerca di facilitazioni (nella professione, nella società, nelle relazioni sessuali), restringe notevolmente il suo cerchio di azione e non raramente porta questa aspirazione alle agevolazioni, verso un desiderio di morte.

Ma anche verso il lato inutile della vita lo incita e lo sprona il suo aumentato senso di deficienza verso uno scopo di superiorità o di apparenza di superiorità, che viene per lo più ricercata a spese degli altri. Le disposizioni d'animo e gli affetti, che servono a ciò (ango-

scia, ira, tristezza, sensazione di colpa) mostrano nella loro propria dinamica la ricerca convulsa di un *superiore* e di un *inferiore* per arrivare, dalla deficienza che viene risentita, alla superiorità sull'avversario. In ogni movimento psichico dell'espressione, si deve dunque ricercare, a lato del grado del sentimento di sociabilità, lo sforzo individuale per affermare la propria superiorità. Questo doppio dinamismo, nei sintomi neurotici, si esplica nello stesso modo, come in qualsiasi altra estrinsecazione di vita.

L'INCOSCIENTE E LA DOTTRINA DI FREUD.

Con queste considerazioni e con questi rilievi, la dottrina dell'*incosciente* viene ad essere scossa. Il volervi trasferire l'*impulsivo* eliminandolo dal *cosciente* e mettere questo in contrapposto con il *complesso dell'incosciente*, costituisce battere una falsa strada. Per lo psicologo individuale questa differenza non esiste; così pure egli tiene poco conto del concetto di *ambivalenza*. Il sentimento di sociabilità, fin dal primo giorno dalla nascita, afferra la vita degli impulsi in modo tale che il considerarla isolatamente sarebbe assurdo; quello che vi appare di anormale, di morboso, di strano è diventato tale per la mancanza di tale sentimento. Questo e l'aspirazione verso una forma ideale appaiono quindi gli impulsi più profondi della vita psichica dell'uomo.

Con tutto ciò, gli importanti lavori di Freud non hanno perduto nulla del loro valore. Soltanto che, quello che egli ha trovato nell'incosciente non è un impulso motore, bensì una aspirazione alla forza, deviata ed assimilata dall'errato stile di vita. Se, dal nostro punto di vista, ci rivolgiamo ai simboli del complesso edipico, alla teoria della permutazione degli stimoli, della censura del componente sessuale, ecc. si troverà che i presupposti di tale autore consistono sempre in un aumento del sentimento di deficienza, nell'aspirazione verso una superiorità personale e nella mancanza del sentimento di sociabilità.

Anche l'accenno alle condizioni arcaiche non può giustificare questa idea dell'*impulso maligno nell'uomo*, poichè tutte le ricerche degne di fede ci mostrano che « il selvaggio » è un essere socievole che aspira a rafforzare la vita umana in comune.

Per quanto riguarda poi il sogno, si può dire che esso ha il compito di indebolire o di togliere, con la produzione di sensazioni, l'influenza del « buon senso ». Esso deve rimanere, perciò incomprensibile e frammischiarsi tendenziosamente con lo stile di vita del sognatore in occasione di qualche cosa che gli stia a cuore ed arriva allo scopo soltanto con l'inganno dei sensi e non già come una riflessione basata sul ragionamento.

A. POZZI.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Sulla patogenesi del diabete genuino.

(C. FUNCK. *Münch. med. Woch.*, 28 giu. 1929).

L'A., fin dal 1910, ha richiamato l'attenzione sulle malattie, che possono condurre al diabete, mettendo fra le cause del diabete genuino, le discinesie del sistema nervoso vegetativo e le malattie del fegato e dell'apparato gastro-intestinale, facendo rilevare la coincidenza del diabete con l'insufficienza dell'apparato gastro-intestinale e con un'insufficenza epatica, non dimostrabile anatomicamente.

L'affermazione di questi principî ha una certa importanza poichè, in base ad essi, si può istituire una terapia causale del diabete, almeno se le condizioni sono tali da permetterla. A tale scopo egli ha usato particolarmente l'introduzione percutanea di proteine che gli si sarebbe dimostrata utile nel diabete associato a colecistopatie, metodo seguito anche da Singer con le sue iniezioni di proteine e l'autoemoterapia di alcuni casi di diabete.

In generale, non si deve ritenere che il diabete genuino o criptogenetico (escludendone naturalmente quello connesso con la lues o l'arteriosclerosi) sia sempre da ricondursi a colecistopatie od a processi localizzati nell'addome destro superiore. Già Castronuovo ha descritto un'appendicite subdola, con scarsa reazione locale, di origine biliare o subepatogena. Anche in tal caso, vi sono delle vie linfatiche, che servono da ponte fra questi due distretti, da un lato; ed il pancreas, dall'altro. Per ogni individuo, esse sono differenti di numero e di permeabilità; tali differenze sono connesse con la costituzione individuale, a cui si deve dare un substrato anatomico. Secondo l'A., con adatte ed accurate ricerche radiologiche, si può spesso mettere in rilievo, nelle colecistopatie croniche, la compartecipazione dell'appendice o di organi vicini, analogamente come in certi casi di pseudoangina pectoris, si possono riconoscere delle affezioni del sistema: cieco-colon-cistifellea e legamento epato-duodenale; processi accompagnati da una discinesia del sistema nervoso vegetativo, che non porta a spasmi colici od a coliche biliari, ma ad accessi di pseudoangina, che sono da considerarsi come gli equivalenti della colica.

In entrambe queste sindromi sono da prendersi in considerazione i due gruppi di malattie, fra loro connesse, cioè il processo anatomopatologico cellulare infettivo nell'addome, da un lato e quello vegetativo-neurotico, dall'altro.

A dimostrazione dell'importanza degli stimoli viscerali come fattori diabetogeni, l'A. riporta un'osservazione di un diabete sorpreso all'inizio. La patogenesi di questi casi sarebbe

da riferirsi al fatto che gli stadi irritativi della cistifellea portano un'ischemia reflessa nel pancreas, la quale agisce aumentando la glicogenolisi.

Trattasi di una donna di 27 anni, gravida al 7° mese, con dolori esacerbantisi al quadrante inferiore destro; esame dell'urina negativo. Estirpazione dell'appendice; reperto di essudato torbido, quasi purulento, con focolai infiammatori, che raggiungono la sierosa. Dopo 5-6 giorni, inizio di dolori addominali ed alla schiena, temperatura 38°,3, meteorismo. I dolori si andarono localizzando sotto l'arco costale destro, dove si avvertiva una tumefazione dolente. In seguito, dolori alla regione della cistifellea, che è sensibile alla pressione, febbre irregolare, inquietudine, polso fra 110 e 130, respiri 28. Nell'urina, 29 per mille di zucchero, urobilina, tracce di albumina, non elementi renali.

Lo stesso stato di colecistite e pericolecistite continua per qualche giorno; glicemia a 0,22 per cento. Si ordinano dei cardiotonici, dei cataplasmi, specialmente alla regione epatica; la dieta, in considerazione della febbre, è sempre ricca in carboidrati. Si pratica un'iniezione di novoprotina; due giorni dopo, la glicosuria è a 1/1000, la temperatura 38°,6. Nuova iniezione di novoprotina. Il giorno dopo, zucchero assente dall'urina, glicemia a 0,11 %, temperatura discesa alla normale e tale rimasta. La dolorabilità locale andò gradatamente scomparendo; la glicosuria non ricomparve nonostante la somministrazione anche di zucchero in sostanza.

Evidentemente, il processo infiammatorio si era esteso, dall'appendice, per le vie linfatiche, alla regione della cistifellea e, di qua, all'apparato delle isole di Langerhans. Si deve escludere una glicosuria da gravidanza, in considerazione del suo decorso e così pure va esclusa la possibilità di un processo infettivo che abbia dato la glicosuria, per il fatto che la guarigione si è avuta rapidamente. Piuttosto, si deve esser trattato di caso sorpreso *in statu nascendi* di reazione consensuale dell'apparato insulare, al processo infiammatorio della vicina regione della cistifellea.

In questo caso, la discinesia del sistema nervoso vegetativo venne vinta mediante la desensibilizzazione prima che la causa patogena avesse portato modificazioni irreversibili.

L'A. ammette pertanto una duplice patogenesi del diabete, la cellulo-infettiva e la vascolovegetativa. Nel caso presente, in conseguenza dei processi infiammatori nell'addome, si è avuta una sensibilizzazione del sistema nervoso vegetativo, sensibilizzazione che può aversi per mezzo di prodotti di degradazione dell'albumina introdotti per via orale ed insufficientemente filtrati dalla mucosa intestinale e dal fegato.

Praticamente, si possono trarre le seguenti conclusioni. Le colecistopatie e le epatopatie, di cui da qualche tempo si è veduto aumentare il numero, sono frequentemente in dipendenza di affezioni croniche, quali tiflite, appendicite, colite spastica e, in una proporzione notevole di casi, precorrono e costituiscono la causa prima di un diabete « genuino », che si sviluppa dopo giorni o dopo anni e porta a condizioni irreversibili. Con una diagnosi tempestiva, si può spesso risparmiare al paziente una malattia del ricambio che si svilupperà più tardi. A tale scopo, sono raccomandabili l'esame radiologico, l'analisi dell'urina e della glicemia dopo la somministrazione di zucchero, nonchè le prove della funzionalità epatica (eliminazione della bilirubina, prova di carico col levulosio, crisi emoclasica), ricerca della bilirubina nel siero, della velocità di sedimentazione, ed, eventualmente, della frazione di albumina e dell'ematogramma. Tutto questo, si comprende, dopo lo studio accurato della funzionalità gastro-intestinale.

Dal concetto generico della grande dominante costituzionale, si vengono così differenziando altre possibilità nella genesi del diabete, per la quale risulta sempre più netto il dualismo, tanto più se teniamo presente tutto il complesso delle nostre conoscenze sul sistema nervoso vegetativo, sui processi allergici e se si introducono nello studio del malato i metodi di ricerca funzionale ed i micrometodi. Importante è poi, sotto tale punto di vista, la funzione del medico di famiglia, il quale conosce bene l'eredità, la costituzione e l'anamnesi.

FILIPPINI.

L'insulina in sospensione oleosa.

(LEYTON. *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris*, 21, 1929).

Uno degli inconvenienti della insulinoterapia è dato dal modo con cui essa viene facilmente assorbita, donde la possibilità degli accidenti ipoglicemici.

L'A. riporta i risultati di alcune sue esperienze fatte adoperando nei diabetici insulina in sospensione oleosa. Sotto questa forma il prodotto è assorbito più lentamente, per cui si può fare a meno delle iniezioni quotidiane multiple ed inoltre la curva glicemica è più regolare.

L'A. dopo aver abbandonato, per la sua instabilità, l'emulsione fatta con la lecitina, ha adoperato per eccipiente l'olio di ricino, che può contenere in sospensione 100 unità per cmc. La soluzione è stabile e non si altera troppo rapidamente.

Data la viscosità dell'olio di ricino, occorre adoperare un ago non molto sottile per l'iniezione che deve essere *sottocutanea* e non intramuscolare, al mattino prima che il malato si alzi.

Il metodo di sottoporre tutti i malati alle stesse regole per quanto riguarda la sommini-

strazione dell'insulina, è errato perchè non tutti i malati l'assorbono con la stessa rapidità e non tutti hanno bisogno della stessa diffusione di insulina nei loro tessuti, ragione per cui l'A. sostiene che quando è possibile, si deve studiare la concentrazione di sospensione migliore per ogni individuo. Il miglior metodo è quello dei dosaggi della glicemia a intervalli regolari, ma quando ciò non è possibile, l'A. propone alcune tecniche delle quali la più semplice è la seguente: si conservano per tre giorni consecutivi le urine di 24 ore, con una dose ed una concentrazione d'insulina stabilite, e poi si raccolgono le urine, per altri tre giorni, con la stessa dose, ma con concentrazione differente. Determinando la quantità di zucchero secreta, si può stabilire facilmente il tasso d'insulina sufficiente a sopprimere la glicosuria.

L'A. riporta le curve glicemiche di tre diabetici dalle quali è facile vedere il diverso comportamento della curva a seconda della somministrazione dell'insulina in soluzione acquosa od oleosa. Con quest'ultima l'abbassamento è in genere più forte senza che pertanto si abbiano a notare disturbi ipoglicemici.

A. POZZI.

TUMORI.

Sulla linfangioite carcinomatosa generalizzata del polmone.

(P. SISTO. *Minerva Medica,* n. 49, 1928).

Mentre sono numerose le relazioni casistiche sul cancro primitivo del polmone, rimangono rari i casi in cui si osserva una invasione secondaria del polmone per parte di elementi neoplastici, trasmigrati da altri organi seguendo le vie linfatiche. Della linfangioite carcinomatosa polmonare, che occupa infatti assai scarsamente la nostra letteratura medica insieme con la carcinosi miliare del polmone colla quale sorge spesso confusione, traccia l'A. un quadro completo mettendo in rilievo tutte le particolarità di ordine diagnostico utilizzabili nei singoli casi, integrando con l'osservazione accurata di due casi personali la classica descrizione di altri AA.

La sintomatologia che ci può indirizzare ad una diagnosi di grande probabilità della linfangioite carcinomatosa del polmone, si impernia tutta sulla comparsa più o meno rapida, nel decorso di una neoplasia addominale e specialmente di una neoplasia gastrica, di una sindrome a carico dell'apparato respiratorio dominata dai seguenti fenomeni: dispnea, tosse, eventualmente dolori al torace, cianosi.

La dispnea è il sintomo più importante, più evidente e che riesce più penoso ai pazienti: l'aspetto del paziente, che ha necessità del decubito ortopnoico, rivela al massimo grado il senso della difficoltata respirazione, la fame d'aria, con agitazione generale, angoscia; ricorda l'accesso di asma cardiaco e la stenosi laringea senza però lo stridore; differisce da quello del malato di tubercolosi miliare o di polmonite acuta, che giace abbandonato sul letto con un respiro superficiale e frequente. Tale differenza ha importanza perchè la discriminazione diagnostica nei riguardi della tbc. miliare non è sempre agevole. Il vario modo di presentarsi del sintomo deve trovare le sue ragioni nella forma speciale assunta dal processo anatomico che pur seguendo sempre la stessa via, la linfatica, può presentare estensione e decorso differenti.

Secondo sintomo per frequenza e per importanza è la tosse che da tutti viene descritta come particolarmente secca e stizzosa, molestissima agli ammalati anche perchè associata alla dispnea. L'espettorato quando esiste è scarso, e all'esame microscopico non mostra evidenti elementi che possano indirizzare verso una diagnosi di affezione neoplastica.

Ha importanza la costante negatività della ricerca dei bacilli della tubercolosi, come pure quella delle fibre elastiche.

Accompagna spesso la dispnea e la tosse un dolore puntorio senza sede fissa, talora molto forte e continuativo, a tipo nevralgico, ora leggero e diffuso, ora vagante.

La cianosi non è descritta con molta frequenza.

L'esame obbiettivo del torace offre elementi diagnostici molto scarsi, il valore dei quali sta essenzialmente nella negatività, nell'assenza cioè di quei segni che abitualmente troviamo nelle affezioni polmonari più comunemente note.

In presenza di tali casi, l'insorgenza improvvisa di una grave sintomatologia polmonare costituita da dispnea, tosse, dolore toracico, cianosi, in un individuo in cui in precedenza era stata fatta la diagnosi di tumore addominale, deve far pensare alla complicazione che si descrive, in modo specialissimo poi se, come quasi sempre accade, manca la febbre.

L'esame radiologico bene interpretato può venire in aiuto al clinico.

Il modo di diffusione del processo porta ad un ispessimento di tutte le trabecole connettive, di tutti i vasi, di tutte le diramazioni bronchiali, circondate come sono da una guaina di linfatici. Questi fatti anatomici si manifestano nel radiogramma in modo molto esplicito con la presenza di ombre a strie che variamente si intersecano a reticolo su tutto l'ambito polmonare, oltre ad una più spiccata ombra delle ghiandole ilari ingrandite. Il reperto radiografico si differenzia nettamente da quello della tbc. miliare e da quello della carcinosi miliare del polmone, delle quali è propria la disseminazione delle ombre a nodicini

tondeggianti, e la mancanza delle striature e della rete caratteristica sopra descritta.

La sede della lesione primitiva è diversa, tuttavia quasi sempre è nello stomaco. La frequenza con cui il tumore primitivo risiede nello stomaco, e la straordinaria rarità con cui esso ha sede in altri organi dell'addome, è probabile che trovino una giustificazione nella diversa frequenza della sede primitiva del neoplasma. Si è voluto anche vedere la ragione di ciò in particolari connessioni linfatiche tra stomaco e polmone.

Il Bard distingue tre modalità nel decorso e nella forma anatomica del processo. In un certo numero di casi si tratterebbe di una linfangite finissima con granulazioni più piccole ancora dei tubercoli miliari che possono ad un occhio non esercitato facilmente sfuggire. Un secondo grado del processo sarebbe dato da una linfangite più appariscente, facilmente riconoscibile sulle sezioni come noduletti e strie bianchicce, che spremute lasciano defluire un liquido torbido, differenziabile dalla tbc. miliare precisamente per la diffusione a strie ed a reticolo, difficilmente differenziabile da una linfangite suppurata di origine settica. Un terzo gruppo comprenderebbe quei casi in cui il tumore ha varcato in molti punti la parete dei vasi per diffondersi al parenchima circostante.

I casi della letteratura sono in forte maggioranza di pazienti in giovane età, fra i 30 e i 35 anni, quasi tutti maschi.

A. PICCINELLI.

Recenti progressi nel campo del cancro del polmone.

(F. KOHLER. *Zentr. f. inn. Med.*, n. 2, 1929).

La frequenza del carcinoma del polmone sembra aumentata; la maggior parte ha punto di partenza dai bronchi. La malattia è 4 volte più frequente negli uomini che nelle donne, essa si osserva di solito dopo i 35 anni. Nel 9 % dei casi l'affezione è bilaterale. Il quadro clinico è caratterizzato dalla rapidità dell'accrescimento, dell'ulcerazione e della stenosi, dai fenomeni di compressione su organi vicini, emorragie, espettorazione, infezioni miste, formazione di ascesso, metastasi locale e generale. Difficile è spesso la diagnosi differenziale con la tubercolosi, specialmente in casi di carcinomi ad accrescimento lento; un esame accurato dello sputo dimostra l'assenza di bacilli di Koch e talvolta la presenza di elementi tumorali. Molto importante per la diagnosi è l'esame radiologico; il reperto varia a secondo del tipo del tumore, delle conseguenze meccaniche della compressione, dei fenomeni reattivi e dei processi degenerativi secondari. Anatomicamente si distinguono le forme nodulari (limiti netti), le forme infiltrative (limiti poco netti) e le forme miliari (piccoli noduli situati lungo i vasi linfatici). Le forme ilari hanno punto di partenza dai bronchi, le forme parenchimali dall'epitelio alveolare o dai bronchioli, le forme pleuriche dall'endotelio. La forma del tumore varia molto. Dal focolaio di origine esso si può estendere a tutto il polmone in forma di noduletti, oppure può invadere altre sezioni del polmone, o proliferare lungo le pareti dei vasi linfatici o sanguigni peribronchiali. Quasi tutti i tumori determinano negli stadi successivi una broncostenosi; conseguenza di questa sono l'atelettasia, la polmonite da stasi di secreto, la retrazione del mediastino verso la parte ammalata. Processi reattivi avvengono nel tessuto circostante: broncopolmoniti, polmoniti interstiziali con bronchiettasie, spesso essudati plastici con depositi calcarei, versamenti pleurici sierosi o purulenti. Processi degenerativi secondari sono necrosi con formazione di caverne, che infettate possono dar luogo ad ascessi. Oltre all'esame radiologico, è importante per la diagnosi la broncoscopia.

Carcinomi nello stadio iniziale in prossimità della periferia del polmone possono venire operati; l'operabilità dei tumori endotoracici si può calcolare al 35 %. La radioterapia può essere utile per i tumori del mediastino o vicini all'ilo, che difficilmente si possono raggiungere chirurgicamente.

POLLITZER.

IGIENE.

Intossicazione da cloruro di metile dei refrigeratori domestici.

(A. H. KEGEL, W. MCNALLY e A. S. POPE. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 3 ag. 1929).

Le intossicazioni da cloruro di metile erano abbastanza rare nel passato; attualmente, però, col diffondersi dell'uso di questo gas negli apparecchi refrigeranti domestici, i casi di avvelenamento, anche gravi, si sono fatti più frequenti. Roth, nel 1923, ne pubblicò 10 casi; altri 10 con 1 morto, Schwartz (1926); 21 ne riportò, nel 1927, Baker. Gli AA., dal 1928, ne hanno osservato a Chicago 29 casi con 10 morti, e tutti accaduti per delle fughe nei piccoli apparecchi domestici, salvo 3 che si verificarono in una fabbrica di apparecchi refrigeranti.

Il cloruro di metile è un gas, che bolle a —24°, incoloro e trasparente, dall'odore debolmente dolce, etereo, che non irrita nè gli occhi, nè le vie respiratorie. È appunto questa mancanza di potere irritante che rende difficile scoprire le fughe e costituisce il principale pericolo nel suo uso.

In quasi tutti i casi si era tentata una dia-

gnosi di intossicazione alimentare; in due si pensò ad avvelenamento da stricnina; in 5 bambini si era sospettato un avvelenamento metallico; 2 altri casi vennero, all'inizio, diagnosticati come avvelenamento da funghi.

Parecchie diagnosi vennero fatte retrospettivamente, poichè soltanto il presentarsi contemporaneo dei 3 casi in cui vi era stata una sicura esposizione al gas ha convinto gli AA. che si trattava realmente di intossicazione da cloruro di metile.

SINTOMI.

L'inizio è contrassegnato da sonnolenza progressiva, confusione mentale, stupore, debolezza, nausea, dolori addominali e vomito. In casi più gravi, vi furono convulsioni e cianosi alternanti, con coma. Nella maggior parte vi furono tremori muscolari e singhiozzo durante lo stadio acuto. Per quanto riguarda la cefalea, 6 se ne lamentarono fin dai primi giorni, altri si ricordarono soltanto dopo la convalescenza di averne sofferto e molti non ne accusarono affatto. In considerazione dei disturbi mentali, parecchi furono inviati dallo psichiatra per la diagnosi. In 11 si ebbero ambliopia e vertigini, che in alcuni persistettero anche dopo ottenuta la guarigione clinica per il resto.

Segni fisici. Pupille largamente midriatiche e reagenti lentamente; in qualche caso, leggero strabismo, nistagmo e ptosi.

Polso, temperatura, numero di respiri aumentati; negli adulti, talvolta si notarono 150 pulsazioni e 32 respiri, nei bambini, rispettivamente fino a 164 a 56.

Anuria, generalmente presente, talora durata fino a 48 ore.

Circa 36 ore dopo l'esposizione al gas elevamento di temperatura fino a 40° nei casi non letali e, in 2 casi, fino a 42° poco prima della morte.

Quasi costante il coma, durato anche 36-72 ore prima della guarigione.

La morte fu preceduta da convulsioni gravi, generalmente toniche ed accompagnate da profonda cianosi; durante lo spasmo, si notò forte opistotono. La causa immediata della morte si attribuì alla paralisi respiratoria.

L'*esame del sangue* dimostrò in quasi tutti i pazienti un'anemia primaria, con i seguenti massimi e minimi.

Emoglobina	da 50 a 90 %
Emazie	da 3.100.000 a 4.990.000
Leucociti	da 8.500 a 22.200
Polinucleari neutrofili	da 60 a 89 %
Eosinofili	da 2 a 6 %
Linfociti piccoli	da 16 a 35 %
Grandi linfociti e forme di transizione	da 3 a 4 %
Basofili	da 0 a 1 %

L'indice di ittero del sangue, in un paziente 3 giorni dopo l'inizio, era 13,4 (normale 4-6); la prova di van den Bergh diede 2,2 (normale 0,1-0,5). Nello stesso paziente, a 3 giorni dall'inizio, non si avevano reticolociti e si aveva notevole acromia con poichilocitosi e molte emazie frammentate; dopo altri 3 giorni incominciava la rigenerazione delle emazie.

Il *liquor* esaminato in 5 pazienti era, in 3, con pressione aumentata; in un caso era nubecolare; in un altro dava reazione positiva della globulina; in tutti i casi contenuto cellulare normale.

La *pressione sanguigna* era abbassata in tutti i casi; in 2 pazienti si ebbe rispettivamente: sistolica 84 e diastolica 84-86; la pressione più spesso osservata fu di 100 (sistolica) e 60 (distaolica).

Urina. Come si è accennato si ebbe anuria nello stadio acuto, e poi, in convalescenza, frequentemente incontinenza. Urine acide, con acetone in 8 casi (su 11) e acido diacetico in 4. Quasi nella metà, presenza di albumina; in 8 pazienti, cilindri granulosi o jalini; in 6 leucociti, in 5 poche emazie.

L'acido formico, che Baker aveva trovato in quasi tutti i suoi pazienti fu trovato dagli AA. soltanto in 3; in 2 di essi la quantità era di 6,8-9,8 mg. per 100 cmc.

DIAGNOSI.

La diagnosi è basata sui sintomi accennati, sulla presenza di formiati e di acetone nell'urina e sull'anamnesi. Può aiutare nella diagnosi l'odore particolare di acido e di acetone nell'alito dei pazienti, quando si vedono la prima volta. Caratteristico è l'inizio graduale di due giorni o più, con sonnolenza e confusione mentale. In tutti i casi che presentano tale sindrome, si dovrà investigare se vi è stata esposizione al cloruro di metile.

La condizione che più si è prestata a confusione è l'intossicazione alimentare; altre intossicazioni si terranno presenti: alcool etilico, metilico, ossido di carbonio, stricnina, metalli pesanti, encefalite e meningite epidemica.

TERAPIA.

Il paziente va ricoverato in ospedale. Si farà subito un trattamento con alcali, dando del bicarbonato di sodio per bocca. Se il paziente non può inghiottire, si farà un *goccia a goccia rettale* con una soluzione di bircarbonato di sodio (5 %) e destrosio (3 %). L'introduzione endovenosa di 500 cmc. di soluzione di Ringer combatterà l'acidosi e la disidratazione. Subito sul principio si faranno inalazioni di ossigeno, eventualmente mediante una sonda nasale; la somministrazione di ossigeno verrà continuata fino alla scomparsa dell'odore cadaverico o di acetone dell'alito.

Contro le convulsioni, somministrare del bromuro di potassio (g. 4) in acqua (cmc. 120) somministrato come clistere da ritenersi. *In nessun caso si darà cloroformio o cloralio.*

Se vi è bisogno di stimolanti, si userà benzoato di sodio e caffeina. In caso di polso debole e frequente, la digifolina (una fiala) ogni 4 ore fino a che il polso abbia raggiunto i 100. Il paziente va poi tenuto in letto fino a scomparsa dei sintomi nervosi acuti ed al ritorno alla norma del polso e della temperatura. Il trattamento del convalescente va sopratutto diretto a combattere l'anemia.

Il successo del trattamento dipende essenzialmente dal riconoscere prontamente la causa, dall'allontanarne il paziente e dalla rapida eliminazione del gas. Ora, il cloruro di metile viene prontamente eliminato quando si allontana il paziente da esso ed i sintomi progressivi sono dovuti alla continua esposizione al gas, ai suoi prodotti di ossidazione ed alla degenerazione delle cellule nervose.

SEQUELE DELL'INTOSSICAZIONE.

Consistono essenzialmente nelle lesioni del sistema nervoso. Uno dei pazienti, alla dimissione dall'ospedale, si lamentava di estrema debolezza e, 2 mesi dopo, aveva andatura atassica di tal grado da essere incapace di fare pochi passi senza appoggio. Una donna, 3 mesi dopo, aveva notevole nervosismo e instabilità emozionale; nel fare acquisti in negozi, essa dimenticò il suo indirizzo e dovette essere ricondotta a casa dalla polizia. Aveva midriasi ed era incapace di leggere i giornali; soffriva di insonnia e di anoressia.

Un terzo paziente, 3 mesi dopo si lamentava di debolezza generale e di anoressia; aveva visione oscurata, difficoltà di leggere ed attacchi di vertigine, nonchè tremore intenzionale delle mani.

Un bambino di 6 anni, 3 settimane dopo l'inizio, aveva difficoltà di regolare i movimenti delle mani e delle braccia; dopo altri 10 giorni, notevole debolezza ed incoordinazione delle gambe; sta bene in tutto il resto, ma 6 settimane dopo l'inizio è incapace di camminare, mentre prima era normale.

L'anoressia persistente nella convalescenza e dopo, può essere, in parte, la causa della debolezza.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le grosse lesioni sono simili in tutti i casi. Polmoni molto iperemici ed edematosi; piccole emorragie sottopleuriche e iniezione della mucosa dei grossi bronchi. Cuore dilatato, con sangue nero, fluido; emorragie petecchiali nell'epicardio.

In un caso, emorragia di circa 38 mm. nell'endocardio della parete ventricolare ed emorragie nei muscoli papillari.

Fegato congesto, con principio di degenerazione grassa. Notevole congestione ed ingrossamento dei reni. Vasi dello stomaco e dell'intestino ingorgati e mucosa con numerose emorragie petecchiali. Milza molle.

Dura madre molto congestionata, cervello iperemico ed edematoso, con circonvoluzioni appiattite; in un caso, un piccolo ematoma nel lobo anteriore destro.

Negativa la ricerca chimica, ciò che si comprende tenuto conto del basso punto di ebollizione del cloruro di metile.

I reperti istologici furono i seguenti:

Reni. Iperemia capillare notevole; capillari glomerulari e interstiziali dilatati e ripieni di emazie; epitelio dei tubuli contorti in rigonfiamento torbido; niente grasso.

Fegato. Notevole iperemia, cellule epatiche conservate; presenza di pigmento nella parte centrale degli acini; qua e là, in qualche cellula, goccioline di grasso. In qualcuna delle cellule di Kupffer, granuli di lipoidi. Capsula e setto glissoniano inspessiti con accumulo di leucociti.

Cervello. Numerosi istiociti pieni di lipoide nelle leptomeningi degli emisferi, con gruppi di linfociti. Corteccia iperemica; goccioline di lipoidi nelle cellule avventizie dei capillari.

Polmoni. Dilatazione diffusa degli spazi alveolari e notevole iperemia capillare con stravasi sanguigni intraalveolari.

I casi degli AA. appaiono di gravità ben maggiore che quelli riportati dagli autori tedeschi sopra citati e da Baker, poichè in tutti questi si ebbe, salvo per un caso, la guarigione abbastanza rapidamente e senza conseguenze.

La gravità dei casi degli AA. indica l'importanza del problema, sia per la grande diffusione degli apparecchi refrigeranti (si calcola che a Chicago ve ne siano 75.000, del solo tipo domestico), sia per il carattere insidioso del gas, sia infine per i sintomi che si prestano a confusione con quelli di intossicazioni alimentari (in un caso fu persino somministrata l'antitossina botulinica).

I 29 casi degli AA. probabilmente non indicano che una parte del pericolo sovrastante, tanto più che, data la grande pressione sotto cui si trova il gas (45 atmosfere), da una piccolissima fuga può fuoriuscire una forte quantità di gas. In due casi le finestre aperte non offrirono una ventilazione sufficiente per proteggere gli abitanti dalle quantità letali del gas. Gli esperimenti del U. S. Bureau of Mines hanno mostrato che, con alte concentrazioni, si ha morte rapida per edema respiratorio ed emorragie; con esposizione di parecchie ore a basse concentrazioni, si ha morte dopo diversi giorni, con degenerazione epatica della milza e dei reni, nonchè emorragie della dura e del tratto intestinale, oltre alle emorragie polmonari.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

H. BECHHOLD. *Die Kolloide in Biologie u. Medizin.* V ediz. di pagg. 588 e 87 figure. Th. Steinkopff, Dresda, 1929.

La pregevole opera del prof. H. Bechhold *Die Kolloide in Biologie u. Medizin* è finalmente riapparsa nella sua V edizione, rielaborata dall'autore e da valenti collaboratori del suo Istituto.

L'A., pressato da tempo perchè l'edizione venisse alla luce, ha preferito ritardarne il licenziamento per poter attingere anche a fonti non tedesche e incorporare nel testo il contributo internazionale, non escluso in congrua misura quello italiano. D'altra parte la materia trattata nell'opera è oggetto di tale continuo e profondo lavorìo di revisione, di completamento, di ritrovamento nuovo, che ben si comprende come questa edizione, per non essere una ristampa ma una rielaborazione del contenuto, sia stata di necessità ritardata sinora.

L'A. non ha mutato per nulla all'opera attuale il suo carattere fondamentale, nel quale sta appunto la inconsueta fortuna editoriale.

La materia, nel pregevole trattato, è, come nelle precedenti edizioni, così suddivisa: una prima parte introduttiva contiene le premesse teoriche sullo stato colloidale e sui metodi di studio di esso, ed è arricchita di un abbondante e chiaro materiale illustrativo. La seconda parte considera analiticamente i biocolloidi: sono quindi separatamente trattati i componenti organici fondamentali, idrati di carbonio, proteine, lipoidi; a parte poi gli enzimi con un chiaro specchietto dei più noti; quindi le reazioni immunitarie. La terza parte, l'organismo come sistema colloidale, realizza il procedimento inverso: il lettore, già ammaestrato dalle conoscenze precedenti, è portato allo studio dei fenomeni complessi: così il ricambio idrico, quello minerale, l'edema, gli scambi nutritizi, le funzioni delle membrane, i fenomeni di accrescimento e di sviluppo degli esseri organizzati, l'attività protoplasmatica, tanto degli esseri unicellulari quanto delle cellule costituenti tessuti; e, passando ai fenomeni superiori, sono considerate la funzione muscolare, quella circolatoria, respiratoria, digerente; i fenomeni di secrezione ed escrezione, con accenni alla composizione urinaria e patologica ed alla composizione del latte. Questa parte comprende anche interessanti notizie sui nervi e sulla funzione nervosa, sul liquor cerebro-spinale.

La quarta ed ultima parte è dedicata alla tossicologia, alla farmacologia e alla terapia, ultima è la tecnica microscopica considerata dal punto di vista della tecnologia colloidale: tra l'altro i processi di fissazione e di colorazione. Una parte è fatta anche al problema modernissimo e, come si direbbe, all'ordine del giorno, del sistema reticolo-endoteliale, nei riguardi particolarmente delle colorazioni vitali e della terapia.

Tutte queste parti sono, in confronto delle precedenti edizioni, arricchite, oltre che di notizie recenti, di figure e schemi che agevolano la comprensione spesso complessa del testo. Il volume è chiuso da un ottimo indice bibliografico ed analitico.

L'apprezzamento sostanziale che si può fare dopo questa breve e sommaria (necessariamente sommaria per l'innumerevole quantità di fatti e di notizie esposti) corsa attraverso il volume, è che esso, attorno al concetto centrale avente un valore teorico generale, agita una grande massa di quesiti e problemi minuti che interessano, oltre al chimico ed al fisico, lo zoologo, il botanico, il biologo generale, il medico, l'igienista e molti altri studiosi delle discipline naturali e mediche speciali, ciascuno dei quali vi trova, tra l'altro, fenomeni o fatti noti, ma considerati secondo un criterio di studio che non sempre gli è consueto o familiare, e che innegabilmente giova ad un approfondimento delle conoscenze stesse. L. VILLA.

E. KRAUSS. *Lehrbuch der Stoffwechselmethodik.* 1. Theil. *Methodik der Energie- und Stoffwechsels.* Hirzel, Leipzig, 1928.

Fra i libri che trattano sulle tecniche di ricerca nel campo del ricambio, libri oggi ormai numerosi nella letteratura medica mondiale e sopratutto nella letteratura tedesca, il libro del Krauss si distingue per la diligenza e per la completezza di trattazione dei diversi argomenti, e sopratutto per il senso pratico da cui in ogni suo capitolo esso è informato, nello scopo di porre in grado il clinico, anche se poco pratico delle minuzie della tecnica sperimentale nella materia, di lavorare con le necessarie competenza e precisione. A questo scopo perciò il libro tiene conto, inizialmente, dei fondamenti teorici di chimica biologica, sui quali tutta la ricerca è imperniata, e li svolge con sobria ma esauriente semplicità. Esaurito il compito della preparazione teorica, senza oltrepassare, con vero senso della misura, all'eccesso della minuzia, il libro passa alla trattazione della tecnica delle diverse ricerche sulla calorimetria diretta, sull'analisi dei gas sia del respiro che del sangue; ai metodi di calorimetria indiretta applicati sia alle diverse esperienze sul ricambio, sia alla determinazione del ricambio basale. L'A., nella trattazione, descrive minutamente apparecchi, tecniche di uso, metodi di calcolo, tenendo conto sopratutto di quelle minuzie di tecnica che il più delle volte costituiscono il segreto del ricercatore e il pregio del competente. La trattazione dei diversi metodi è la più completa: dai metodi più antichi ancora in uso, fino ai più moderni. Il libro può essere veramente utile al clinico, il quale voglia iniziare lo studio di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tali importantissimi problemi: ma, oltre a ciò, allo studioso che, pur avendo esperienza in materia, abbia bisogno di un libro di consultazione, ricco di tabelle per calcoli e per correzioni, di riferimenti bibliografici. È un libro che va consigliato, perchè scritto da un clinico di vera competenza nella materia.

G. MELDOLESI.

CH. RICHET FILS. *Précis de pathologie expérimentale*. Un vol. in-8° di pag. 330. Baillière et Fils. Paris, 1929. Fr. 40.

È un libro, nuovo nel suo genere, che l'A. ha voluto offrire agli studiosi, oggi che la patologia sperimentale è divenuta una branca assai importante della Medicina.

In una prima parte l'A. tratta la patologia sperimentale generale, descrivendo le tecniche di esperimento e le nozioni generali delle questioni più comuni come l'immunità, la fagocitosi, la virulenza microbica, l'anafilassi e lo choc, le malattie infettive sperimentali (tubercolosi, sifilide, cancro, tetano), le malattie per carenza come il rachitismo sperimentale.

La seconda parte è dedicata alla patologia sperimentale dei diversi apparati e organi, in particolare delle ghiandole a secrezione interna.

L'esposizione di tutti questi interessanti argomenti è corredata da numerose fotografie e da schemi.

A. P.

RIVENDICAZIONI ITALICHE

Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella Medicina e Chirurgia.

(Continuazione; vedi numero precedente).

B) ANATOMIA.

16) *Le indagini anatomiche.* L'anatomia nel Medio Evo e nel Rinascimento fu iniziata e restaurata in Italia da Italiani, e alle nostre Università vennero a studiarla gli stranieri. Ma anche prima, se risaliamo alle più remote sue origini, almeno a quelle a noi note, nacquero sul suolo italiano, nella Magna Grecia e in Sicilia, Alcmeone di Cotrone, Empedocle di Agrigento, Filistione e Filonide di Catania che sono i più antichi che noi sappiamo che avessero conoscenza delle architetture somatiche umane. Ammesso pure che Claudio Galeno di Pergamo (131-201 d. C.) dissecasse cadaveri umani (ma vi è chi lo mette in dubbio), fu Mondino dei Liuzzi (di famiglia fiorentina, 1270-1326) che nel 1306 e 1315 dissecò pel primo nel Medioevo cadaveri umani. Poi Berengario da Carpi e tanti altri, fino a Colui che su tutti sovrasta, il maraviglioso Leonardo da Vinci. Egli e non il successivo Vesalio bruxellese, professore a Padova, fu il vero, grande, immenso anzi, restauratore dell'Anatomia (17).

E per i rami dell'Anatomia, come l'Anatomia topografica, ho già detto che fu un italiano, Malacarne, l'iniziatore; e così ho detto dell'Embriologia; e così della Istologia furono gli iniziatori due italiani, Malpighi e Fontana; e così della Morfologia sperimentale furono Redi e Spallanzani.

17) *Le glandole intestinali del Lieberkühn.* Queste glandole così importanti nella funzionalità dell'intestino sono sempre all'estero e quasi sempre tra noi chiamate del Lieberkühn (1711-1756) che le descrisse nel 1745 (Diss. anat. phys. de fabrica et actione villorum intest., Lugd. Bat.). Alcuni però tra noi le chiamano del Galeati. E infatti colui che si vuole indicare con questo cognome le vide nel 1731 a Bologna. Ma A. Corti ha di recente esaurientemente dimostrato che egli si chiamava Domenico Maria Gusmano Galeazzi: le glandole devono quindi chiamarsi « del Galeazzi » (18).

18) *Le valvole del Kerkring.* Le pieghe circolari del tenue, dette « valvole conniventi del Kerkring », non furono viste per la prima volta da Theodorus Kerkring (di Amsterdam, ma al servizio del Granduca di Toscana, 1640-1693), ma furono vedute prima da quegli che si chiama comunemente Falloppio, ma che, come ha dimostrato quest'anno il Favaro, deve chiamarsi Gabrielle Falloppia (di Modena, 1523-1562) vissuto prima della nascita di Kerkring!

19) *La valvola ileocecale di Bauhin.* Altrettanto la valvola ileocecale di cui si attribuisce la scoperta a Caspar Bauhin (di Basilea, 1560-1624) e da altri a Tulpius (di Amsterdam, 1593-1674) è stata vista da Costanzo Varolio (1544-1575), professore a Bologna e Roma, medico di Gregorio XIII. Il Busi (19) nel rivendicarlo dice di essere sicuro, anzi « autorizzato » a chiamarla valvola di Varolio.

20) *Le « Gitterfasern » di Oppel nel fegato.* Nello studio del tessuto reticolare del fegato (fibre a graticciata, Gitterfasern) tutti sogliono dovunque rifarsi dalla descrizione che ne dette Oppel nel 1891. Si dimenticano così che nel 1882 il Colucci, professore di veterinaria a Napoli, aveva dato, dice il Castaldi: « una descrizione così simile alle moderne, come nessuno aveva fino allora dato, e che può stare a paragone di quella di Oppel ». La rivendicazione del Colucci fu fatta dal Castaldi (20) nella sua monografia sul tessuto reticolare epatico, e ripetuta da questa fonte da N. Favilli (21).

21) *La bulla ethmoidalis di Zuckerkandl.* Giovanni Zoja (di Castelbelforte, 1832-1899), professore a Pavia, descrisse nel 1870 nel meato medio delle fosse nasali un « promontorio » (22). Dodici anni più tardi E. Zuckerkandl (1849-1910) professore a Vienna, descrisse la stessa formazione col nome di « bulla ethmoidalis ». Bilancioni ne ha ultimamente parlato nel suo periodico (Valsalva, n. 1, 1928), ma l'aveva già riesumato Giulio Valenti

(17) Vedi i lavori di FAVARO e di CASTALDI che lo dimostrano (per la bibliografia relativa vedi *Scritti biologici*, vol. II, pag. 257, 1927).

(18) Arch. it. An. e Embriol., n. 19, p. 407-434, 1922.

(19) In TADDEI. *Trattato di Semeiotica fisica e diagnostica chirurgica*, II, p. 1208, 1927.

(20) Arch. ital. An. e Embriol., vol. XVII, pagine 377-378, 1920.

(21) *L'anatomia del fegato dei principali animali domestici.* Pisa, Cesari, 1923.

(22) Rend. Ist. Lombardo Scienze e Lett., 19 maggio 1870.

(Atti Progr. Scienze, V Riunione, 1911-1912, pagina 532).

22) *La regione nasale del Kiesselbach.* Non è altro che il *locus Valsalvae* preferito dalle emorragie nasali e da chiamarsi così perchè studiato e descritto tanto prima del Kiesselbach da Antonio Maria Valsalva di Imola (1666-1723). La rivendicazione più dettagliata di ciò la dobbiamo a C. A. Torrigiani (23) il quale ha bene indagato le cause della epistassi più frequente in questa zona (24), trovando tali particolari di struttura (capillari intraepiteliali), che una serie di ricercatori hanno esteso ultimamente in seguito a ciò le ricerche su questo reperto dei capillari intraepiteliali (Galletti, Catania, Zanetti, Bozza, Bianchi, ecc.).

23) *L'antro di Higmoro.* Nathanael Higmore, medico a Shrewsbury e professore a Oxford, visse dal 1613 al 1684.

Leonardo da Vinci aveva già segato l'osso mascellare, e figuratovi il suo seno, che disse « vacuo dell'osso sostenitore o armadura della guancia ». La rivendicazione è del Castaldi (25).

24) *La piega lacrimale dell'Hasner.* Questa piega del canale nasolacrimale, che l'Hasner descrisse nel 1847-48, fu da alcuni denominata « di Morgagni ». L'Ovio però fa notare come sia curioso che la si attribuisca al Morgagni, che fu proprio quegli che negò l'esistenza di qualunque valvola lungo le vie lacrimali. Invece chi l'osservò per il primo nel 1715 fu Giovanni Battista Bianchi, celebre medico e anatomista di Torino (1681-1761); la rivendicazione fu fatta da Castaldi (26).

25) *Le cartilagini cuneiformi del Wrisberg.* Le cartilagini cuneiformi laringee, cui si lega il nome di Heinrich August Wrisberg (1739-1808), professore a Gottinga, erano state viste prima da Morgagni (27). È curioso che malgrado due stranieri, Sappey e Fränkel, abbiano proposto di chiamarle « cartilagini del Morgagni », è ancora diffusissimo all'estero e da noi l'attribuirne il merito della scoperta al Wrisberg.

26) *L'ovaio.* Si legge pressochè ovunque che il primo che dette all'ovaio della donna il suo significato di organo produttore di uova (prima si chiamava « testicolo femminile » da Falloppio, « vesicarium » da Vesalio), fu nel 1667 il danese Niels Stensen (Nikolaus Steno), usualmente detto « Stenone » (1638-1686), seguito da Regniero de Graaf « propter vescicularum similitudinem cum ovis avium ». Invece il primo che usò la parola « ovaio » per l'ovaio della donna, cioè ne comprese il significato, fu Matteo Ferrari da Gradi, professore a Pavia dal 1432 al 1472 (28).

27) *Alcuni reperti cardiaci.* Un'altra priorità da togliere al predetto Stensen o Stenone: non fu egli, ma Malpighi e Borrelli che primi dimostrarono la natura muscolare del cuore. Del quale viscere già Leonardo da Vinci aveva così profondamente studiato e ben figurato l'architettura.

Mi piace segnalare, *rara avis* davvero, che uno straniero, il Wright, nel III Congresso Internazionale di Medicina a Londra, 1922, propose che si chiami *corda di Leonardo* il legamento moderatore che egli vide perfettamente. Speriamo che gli italiani invece che chiamarlo « moderator band di King », « trabecola regolatrice di Milne Edwards », « arcade inferieure de Parchappe », « bandellette ansiforme de Poirier », « faisceau arqué de Testut », « funicolo trasverso di Paladino », « colonna carnosa intermediaria di Versari », scelgano il glorioso sinonimo di « corda, o trave muscolare di Leonardo da Vinci », il massimo genio di nostra stirpe!

28) *Le zolle cromofile di Nissl.* I blocchi cromofili delle cellule nervose chi è che non li chiama di Nissl, dallo studente del 1° anno di medicina al cattedratico? Orbene, li aveva visti prima di Nissl, Magini, che tenne un corso di tecnica microscopica a Roma nella seconda metà dello scorso secolo. Pare impossibile, ma, fuori che il Grassi (l. c.), non ho trovato che nemmeno a Roma si ricordi il Magini e tanto meno le sue scoperte (vedi appresso).

29) *Metodo delle atrofie nervose di Gudden.* Tutti sogliono chiamare « di Gudden » il metodo di studio mediante atrofie di parti nervose, che tanti preziosi contributi ha recato alla conoscenza del sistema nervoso. Ciò perchè Gudden (Arch. f. Psych., 1870; Graefe's Arch. 1874) constatò macroscopicamente che con la enucleazione di un occhio si ha atrofia di una quadrigemella anteriore controlaterale. Ma ciò era stato visto benissimo fin dal 1855 da Bartolommeo Panizza a Pavia, sperimentando in conigli, cani, cavalli, e da Albini a Napoli, nel 1868.

Chè se si vuole da alcuno aggiungere che ancora prima altri avevano veduto ciò, come Gall e Spurzheim (1810), Vrolich (1836), Magendie (1839), va premesso a tutti ciò che ha fatto osservare il Castaldi, che dopo aver rivendicato Panizza e Albini di fronte a Gudden (29), ha saputo ora trovare (30) che nel 1771 Vincenzo Malacarne di Saluzzo aveva, accecando un cane, constatato in esso dopo due anni impiccolimento del nervo ottico, alterazioni vascolari e del talamo ottico, ciò che rilevò anche in un altro cane cieco di un occhio da molto tempo. Dunque Gudden viene buon ultimo dopo molti altri; nè egli dette di ciò dimostrazione istologica: questa la dette pel primo Ferruccio Tartuferi nel 1880-81, che precisamente vide le fibre ottiche portarsi nelle quadrigemelle in uno strato che deve chiamarsi del Tartuferi (31).

E già che ho parlato di Panizza, va ricordato che egli fin dal 1855 dimostrò l'esistenza della *zona visiva nella corteccia cerebrale*, mentre solo nel 1860 il Broca e nel 1870 Fritsch e Hitzig, poi Golz e tanti altri dimostrarono l'esistenza dei centri corticali motori e sensoriali.

30) *La decussazione delle piramidi.* Fu veduta a Fermo nel 1709 da Domenico Mistichelli, un secolo prima di Gall, al quale ne fu attribuito il merito (32).

31) *Il ganglio otico di Arnold.* Friedrich Arnold (1803-1890), professore in Heidelberg, descris-

---

(23) Valsalva, ottobre 1926.

(24) Monitore zool. ital., 37, 252, 1926.

(25) *Scritti biologici*, II, p. 230, 1927.

(26) *Il canale nasolacrimale secondo Giovan Battista Bianchi.* Il Valsalva, 1926.

(27) Adv., I, 1, 2.

(28) Vedi anche ALFIERI. Riv. ostetr. e gin. prat., a. 7, n. 12, pag. 542, 1925.

(29) Bollettino d'Oculistica, II, f. 7, 1923.

(30) Rivista di storia delle Scienze mediche e naturali, a. 19, pag. 72, 1928.

(31) Vedi CASTALDI, 1923, l. c.

(32) CASTIGLIONI. *Storia della Medicina.* Milano, Unitas, 1927, p. 648.

se questo ganglio nel 1834 (Icones nervorum capitis in IX tabulis perfectis totidemque linearibus, Heidelberg 1834). Ma A. Comparetti lo aveva descritto a Padova nel 1789 (Observationes anatomicas de aure interna comparata. Patavii, 1789).

32) *Le fibre dello Sharpey*. Lo Sharpey descrisse nel 1856 le fibre perforanti le lamelle ossee. Ma Michele Troja di Napoli (1747-1828) nel 1814 (33) le aveva bene descritte, non solo, ma anzi fin dal 1689 Domenico Gagliardi le aveva nel suo trattatello « Anatomes ossium (Roma, 1689) » non solo viste, ma così bene interpretate, da chiamarle « clavicoli ossei », cioè da dar loro quel significato che noi oggi loro diamo di fibre che inchiavardano le lamelle ossee come le « chiavi » che mettiamo nei muri degli edifici da rinforzare (34). Da Gagliardi a Sharpey corrono 167 anni!

Aggiungo che Michele Troja, chirurgo del Re di Napoli, insegnante nell'Ateneo napoletano, chirurgo dell'Ospedale di S. Giacomo, chiaro urologo, precedette Flourens nell'usare la robbia per studiare l'accrescimento delle ossa e si occupò pure di rigenerazione ossea (vedi appresso).

33) *Iniezioni di vasi e cavità; inclusioni*. Si crede posteriore ad Harvey la tecnica delle iniezioni con masse liquide o semisolide, poi solidificantisi in vasi e cavità; e non parliamo poi della tecnica delle inclusioni per tagli seriali, sottili, in particolare microscopici. Ma Leonardo da Vinci, la cui opera desta a coloro che da pochi anni la studiano la più straordinaria meraviglia, aveva già fatto e l'una e l'altra cosa! Egli adoprò, forse abitualmente, varie essendo le figure che ne ha lasciate, cera od altre sostanze solidificantisi per iniettare i grossi vasi non solo, ma ne seguì le folte e sottili ramificazioni fin dentro i parenchimi viscerali. Fece e figurò getti di ventricoli cerebrali (« gettato di cera pel fondo della base del cranio pel buso prima che si segasse il cranio »), e, cosa ancor più portentosa, per sezionare sottilmente l'occhio, ideò di includerlo « in ciara d'ovo e fai bollire », quasi intuendo i nostri metodi di inclusione. Egli fu anche il primo a fare tagli seriali macroscopici di arti intieri sezionati a rotelle successive per studiarne la topografia ai vari livelli (35).

34) *Metodo dei tagli seriali microscopici*. E poichè ho ricordato il primato di Leonardo da Vinci nelle sezioni seriali macroscopiche, rilevo per le microscopiche che il merito di averle inaugurate nel 1875 è di Francesco Todaro, di Tripi (Messina), professore a Roma, vissuto dal 1839 al 1918, che se ne servì pei suoi famosi studi sulle Salpe. Tanto fu innovatore che l'americano Brown gliene mosse un aspro rimprovero come metodo errato!! Oggi negli Istituti biologici che si rispettano si fanno solo tagli in serie! La fetta presa qua e là sporadicamente fa troppo poco rilevare, o fa dedurre degli errori, evitabili se si sezionasse in serie.

35) *Il liquido di Orth*. Oggi l'uso della formalina e del bicromato di K nella tecnica microscopica è diffusissimo. Si dà a Orth (Berl. Klin. Woch., 30 März 1896) il merito di avere unito formalina e bicromato di K in un ottimo fissatore, modificato poi in altre varie formule (per es. da Wiesel). Ma nel fasc. I del « Monitore Zoologico italiano » del 1895, Pilade Lachi (di Siena, a. 1852) professore a Genova, in un articolo « Sul valore della formalina in microscopia » (25 gennaio 1895) oltre ad essere uno dei primissimi a usare la formalina per la fissazione dei pezzi istologici, aveva insieme al Dell'Isola ideato e provato con successo la fissazione con la miscela di formalina e bicromato di K; F. Federici ha proposto che si parli di « liquido di Lachi » (36).

36) *I muscoli mimici*. Parlando di muscoli mimici e della loro funzione vengono alla mente i nomi di Duchenne, di Darwin, seguiti da Mantegazza, per l'analisi delle espressioni mimiche delle diverse emozioni; di De Superville e Duval per la schematizzazione del gioco dei muscoli mimici. Ma Leonardo da Vinci dalle sue dissezioni fatte con precisione mirabile di settore, aveva dedotto, egli che per studiare l'azione dei muscoli li sostituiva con fili che tirava (« ma — aggiungeva acutamente — ricordati di far li fili ne li medesimi siti che sono le linee centrali di ciascun muscolo »), quali muscoli si contraevano per date espressioni, e li aveva con esattezza chiamati muscoli « dell'ira », o « del dolore » o « del el morso », aveva indicato il muscolo del riso e ne aveva compresa la funzione prima di Santorini (1681-1734), aveva riconosciuto l'orbicolare delle labbra, la funzione del triangolare e del quadrato del labbro inferiore, ecc., in modo che il Castaldi dice « che oggi stesso non se ne saprebbe dare una sintesi più efficace nella sua concisione » (37).

37) *Il legamento inguinale di Poupart*. Falloppia lo aveva descritto esattamente nel 1516 (Obs. anat., Venetiis, 1516, p. 85). François Poupart (1616-1708), anatomista e chirurgo a Parigi, « ebbe solamente — dice con arguta ironia il Romiti — il torto di crederlo scoperta sua ».

38) *L'anello tendineo dello Zinn*. Johann Gottfried Zinn, anatomista in Gottinga, visse dal 1727 al 1759. L'anello tendineo comune dei muscoli oculari era stato egregiamente veduto prima di lui (38) dal Valsalva e da G. B. Morgagni di Forlì (1682-1771). Lo Zinn non fece che completarne la descrizione. Il Morgagni vide anche, ma meno completamente, la capsula del Tenon (che il Tenon descrisse nel 1805), e la zonula dello Zinn.

39) *Sui rapporti dei linfatici colle cavità sierose*. Chi se ne è occupato (cito come più lontani da oggi Dybkowsky, Reklinghausen, Ludwig, Schweiger-Seidell, Dogiel, Foà, Maffucci, Zincone) ha taciuto le osservazioni in proposito di Paolo Mascagni, che se ne occupò colla stessa tecnica dei moderni e nel corpo umano (39). Alla fig. 5 della Tav I dette una figura in proposito dopo aver iniettato « in abdominis cavum aquam calentem atramento tinctam », il quale « atramento » non era che l'inchiostro di China che

(33) *Osservazioni ed esperimenti sulle ossa*. Napoli, 1914.

(34) TRAMONTANO-GUERRITORE G. Acc. dei Fisiocritici. Siena, 1928; CASTALDI L. Riv. di Storia d. Sc. med. e nat., n. 6, 1928.

(35) CASTALDI L. *Scritti biologici*. II, p. 230, 1927.

(36) Mon. zool. it., a. 39, p. 49, 1928.

(37) *Scritti biologici*. II, p. 253, 1927.

(38) BILANCIONI. Riv. storia delle sc. med. e nat., 14, p. 335, 1923; BARDUZZI. Idem, 12, 129, 1928.

(39) MASCAGNI, l. c.

noi moderni crediamo di iniettare come progresso dei tempi nuovi.

40) *I precursori della Biotipologia.* Ricordo come precursori delle moderne Scuole costituzionalistiche italiana, viennese, tedesca, francese, nord-americana, Giambattista della Porta, (Napoli, 1535-1615)) e Elsholtius, il quale nel 1654 pubblicò a Padova il trattato « Anthropometria » (Patavii, Pasquati), coniando questa parola che è rimasta nella biologia. Ma sopratutto il Della Porta nel suo libro « Physiognomia humana » dimostrò come dalle forme esterne del corpo umano si possono desumere le naturali disposizioni dei temperamenti degli individui. Richiamando l'importanza che la Scuola costituzionalistica francese del Sigaud dà con Mac Auliffe e Chaillou alla fisionomia nei suoi quattro tipi digestivo, cerebrale, respiratorio, muscolare, tanto che per illustrarli ci si può limitare a presentare teste di individui dei vari tipi (40), io domando se tutta questa importanza costituzionalistica della « facies » non avesse più che un precursore nel Della Porta.

41) *I tipi morfologici costituzionali dello Stockard.* Lo Stockard, anatomista in New York, ha di recente (1922) classificato e descritto le costituzioni umane in gruppi di individui che chiama « laterali » e « lineari ». Il Castaldi (41) ha dimostrato che ciò non è altro che la classificazione e descrizione, sotto denominazioni diverse, dei tipi morfologici fatta da Giacinto Viola, principe dei costituzionalisti italiani, fin dal 1904-05. Il Viola stesso nei suoi recenti scritti ha sempre mostrato viva gratitudine al Castaldi per questa sua rivendicazione.

C) FISIOLOGIA.

42) *La scoperta della circolazione del sangue e della linfa.* A questa grandissima gloria della Biologia Italiana basta che io accenni. Il De Renzi, il Ceradini, il Luciani, il Castiglioni, il Cardini hanno dimostrato a sufficienza e con esatta documentazione la priorità di Realdo Colombo (1559), di Andrea Cesalpino (1571 e 1593), di Paolo Sarpi, di Gaspare Aselli (1622) su Guglielmo Harvey (1628). Aggiungo solo un'acuta osservazione di Davide Giordano (42), cioè che qualche accenno alla circolazione sanguigna si trova già in Giovanni Da Vigo (1450-1526). All'Harvey spetta il merito di aver perfezionato tale dottrina nella sua « Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus ». Come pure il Ceradini dimostrò che Colombo non fu plagiario di Michele Servet y Reves per quel che riguarda il piccolo circolo, chè, se mai, fu Servet che apprese da Colombo. Cesalpino poi fu addirittura il primo che adoprò la parola « circolazione », prima di Harvey Ma tutto ciò è noto, o meglio dovrebbe essere arcinoto (molti però ne tacciono), non solo per le pubblicazioni speciali dei sopracitati Autori, ma per i molti articoli in proposito apparsi nella nostra Stampa medica. Sopratutto preziosa opera di propaganda su ciò fa il bel capitolo dedicatovi da Luigi Luciani nella sua « Fisiologia », l'opera magnifica così diffusa fra studenti e medici nostri.

43) *La circolazione collaterale di Cohnheim.* Luigi Porta (1800-1875) non solo fu illustre chirurgo, ma nel campo della Fisiopatologia lasciò tracce non cancellabili. Con le sue ricerche sperimentali (1848-1859) sulle arterie dimostrò assai prima di Cohnheim la circolazione collaterale (43).

44) *La corrente muscolare di Du Boys Reymond.* Fu invece il forlivese Carlo Matteucci (1811-1868) che scoprì questo fenomeno. Dopo che nel 1825 il nostro Leopoldo Nobili (1784-1834) ebbe ideato il galvanometro, seguendo la via aperta da Stefano Marianini (1790-1866), il Matteucci nel 1838-1840, amputando la coscia di una rana decorticata e ponendo sulla superficie di sezione un elettrodo e un altro sulla superficie esterna della muscolatura della coscia, vide, chiuso il circuito, che il galvanometro indicava una corrente che nel muscolo era diretta dall'interno all'esterno (44). Nel 1841 dimostrò (e nel febbraio del 1842 lo comunicò all'Accademia delle Scienze di Parigi) che mettendo un nervo di una zampa di rana a contatto di muscoli di un'altra coscia, ed eccitando il nervo di quest'ultima, oltre la scossa primaria dei muscoli della zampa eccitata si nota una contrazione secondaria dei muscoli dell'altra zampa. Fu quindi il Matteucci il primo a dare la prova indiscutibile del fatto che ogni attività muscolare viene accompagnata da un fenomeno elettrico. Du Boys Reymond (1818-1896) cominciò i suoi eperimenti nel 1841; ed è molto interessante quanto il Grassi (l. c.) racconta, cioè che Giovanni Müller mise in mano del suo scolaro Du Boys le opere di Matteucci per invitarlo a trovarvi materia per ulteriori scoperte!

45) *La « legge del Magini » in Elettrofisiologia.* Il Magini (che ho già citato per le zolle cromofile delle cellule nervose) trovò che la eccitazione unipolare indotta dei nervi è efficace solo in direzione trasversale. Fu detto ciò « legge del Magini », ma è caduta in piena dimenticanza. Nemmeno il Luciani, che pur era a Roma, la ricorda! L'accenna il Grassi (l. c.), ma anche quest'opera del Grassi è pochissimo conosciuta, sepolta nelle pubblicazioni, alla maggioranza inaccessibili, dell'Accademia dei Lincei.

46) *Helmholtz e l'audizione.* La dottrina dell'audizione, per cui l'organo del Corti rappresenta un sistema graduato di risonatori capace di vibrare per influenza coi singoli toni della gamma, si attribuisce all'Helmholtz, che pensò a 4200 risonatori per percepire le sette ottave musicali. Ma un secolo prima circa Domenico Cotugno (di Napoli, 1736-1822) aveva emesso tale idea (1760). Infatti egli paragonava la chiocciola ad un liuto, ritenendo che la percezione dei toni più acuti dipendesse dal giro basilare, e quella dei toni più gravi dal giro apicale. Helmholtz non fece che svolgere la stessa ipotesi, rassomigliando l'organo del Corti ad un più moderno pianoforte. Il compianto Gradenigo si occupò di questa rivendicazione, ma purtroppo anch'egli in Atti Accademici poco diffusi (45).

47) *Il corno acustico.* Paolo Aproino per quanto ignorato dagli italiani stessi suoi quasi con-

---

(40) Per es. vedi FERRANNINI A. *Prontuario di Medicina interna.* Napoli, Idelson, 1927, figg. 27 a 31.

(41) Riv. crit. clin. med., a. 24, p. 317-319, 1923.

(42) Riv. Storia d. Sc. med. e nat., a. 17, p. 17, 1926.

(43) CASTIGLIONI (l. c.).

(44) LUCIANI L. *Fisiologia dell'uomo,* vol. III, Milano, Soc. ed. libr., 1912, pag. 82.

(45) Atti R. Acc. di Torino, 1919.

temporanei (così dal Cavalieri 1650), e non parliamo poi dai successivi, fu quegli che nel 1613 ideò (46) uno « strumento per audizione » cioè « un tubo a figura di conoide parabolico, nella cavità del quale per tante linee parallele si rappresentano i raggi sonori, i quali vanno tutti insieme a concorrer nel foco presso all'apice spuntato del conoide, che dee chi ascolta introdurre nella cavità del suo orecchio ».

48) *Il meccanismo dell'accomodazione ottica.* Di recente il prof. Lodato ha rilevato nel « Convivio » di Dante un cenno preciso all'accomodazione visiva. Ma in forma scientifica chi primo affermò che l'accomodazione dell'occhio dipende dalle modificazioni di forma del cristallino non fu Descartes, ma Francesco Maurolico (1494-1575) nel suo libro « Photismi de lumine et umbra » (Venetiis, 1597), dove parlando del cristallino (libr. III) afferma che « ad huius forma dependet qualitas visus sive brevis sive longi » (47).

49) *Il primo endocrinologo.* Si suol ripetere dovunque che l'Endocrinologia nacque con Brown-Séquard quando nel 1889-90 fece i suoi esperimenti sul valore dello sperma. Ma già nel 1866 Paolo Mantegazza (1831-1910), quell'alto ingegno proteiforme che dovunque toccò (e toccò argomenti disparatissimi, spesso ciascuno per poco tempo) lasciò orme incancellabili di genialità, dalla scoperta delle spore dei batteri (vedi oltre), alla introduzione della coca; dalla fondazione dell'Antropologia in Italia agli innesti di organi, senza contare la sua attività prodigiosa di psicofisiologo, di igienista, di etnologo, di letterato; già dico nel 1866 in seguito ad esperimenti di iniezioni di sperma sotto la pelle e nella cavità addominale, enunziò pel primo il concetto che le gonadi maschili secernono sostanze particolari, che, immesse nel sangue, danno impulso alle caratteristiche secondarie morfologiche e funzionali della sessualità. Così egli ebbe due meriti grandi:

1) fece i primi esperimenti opoterapici 23 anni avanti Brown-Séquard;

2) precorse le attuali conoscenze sul testicolo: oggi, dopo i più recenti studi, quelli dello Stieve (1921-23) sopratutto, si sta ritornando proprio ai concetti del Mantegazza, cioè l'influenza gonadale ormonica (negandosi la natura endocrina delle cellule del Leydig, ritenute soltanto trofiche per l'epitelio seminifero) avverrebbe attraverso il riassorbimento di materiali specifici del tessuto germinativo. « Naturalmente » non si pensa al Mantegazza; e il Castaldi che aveva messo avanti il suo nome (48), si è veduto rinfacciato ciò con ironia mordace dal Diamare (49), che sa cosa vuol dire essere misconosciuto, e che deve tanto lottare per rivendicare a sè le sue importanti scoperte (vedi appresso). Anzi è curioso come in questa sua critica alla citazione di Montegazza il Diamare domandi « perchè non risaliamo addirittura a Brown-Séquard, anzichè a Mantegazza » cadendo nell'errore che Brown-Séquard sia antecedente a Mantegazza!

(*Continua*).

(46) CAVERNI (l. c., I, p. 514).

(47) GREGORIO S. Arch. storico messinese, a. 26, VII.

(48) Rass. intern. Clin. e ter., 7, 705, 1926.

(49) Id., 8, 170, 1927.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VIII Congresso Internazionale di Chirurgia.

(*Continuazione; vedi numero precedente*).

Il secondo tema di relazione era:

I risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastrica o duodenale.

I relatori sono sette. La prima relazione è dei proff. sen. B. ROSSI e I. SCALONE (Milano). — Il problema del trattamento della malattia ulcerosa dello stomaco e del duodeno attende ancora oggi la sua definitiva risoluzione poichè le nostre conoscenze sull'etiologia e la patogenesi sono ancora molto incomplete.

Ciò nonostante, con i mezzi terapeutici oggi a nostra disposizione, ci è permesso di combattere con successo la malattia, fino a ottenere, nella grande maggioranza dei casi, la guarigione altrettanto buona come definitiva.

Il trattamento medico, che nel periodo iniziale dell'ulcera può dare dei risultati soddisfacenti ed anche portare alla guarigione di un certo numero di malati, diminuisce della sua efficacia nei periodi successivi dell'evoluzione della malattia e diventa del tutto impotente quando questa ha dato luogo ad alterazioni organiche tali da alterare profondamente il meccanismo funzionale dello stomaco.

Il trattamento chirurgico, basato sul tentativo empirico, se vogliamo, ma anche logico, di cercare, colla g. e. di ristabilire la canalizzazione intestinale quando la neoproduzione infiammatoria periulcerosa o gli esiti cicatriziali dell'ulcera hanno determinato la stenosi del piloro, ha esteso gradatamente le sue applicazioni associandosi al trattamento medico o sostituendosi completamente ad esso.

Il trattamento chirurgico è poco a poco passato dalla cura delle manifestazioni tardive dell'ulcera alla malattia ulcerosa in atto in qualsiasi periodo della sua evoluzione, anche nel più precoce.

Attraverso il progressivo estendersi delle indicazioni operatorie si è potuto constatare che se la g. e, rappresenta un eccellente mezzo per migliorare o per ristabilire la canalizzazione fra lo stomaco ed il digiuno, può risultare tuttavia inefficace come trattamento della malattia ulcerosa allo stadio attivo, sopratutto nel periodo iniziale. Si sono proposte per questo delle modificazioni alla tecnica e dei nuovi processi operatori come l'esclusione del piloro unita alla g. e., la resezione dell'ulcera e delle regioni circostanti associata o no alla g. e., la resezione gastroduodenale.

I relatori discutono le ragioni per le quali la resezione g. d. ampia deve essere considerata l'intervento di scelta della malattia ulcerosa in quasi tutti i suoi periodi di evoluzione, e portano in appoggio alle loro asserzioni i risultati lontani di 200 casi da loro studiati ed operati. Essi non escludono d'altra parte che una più perfetta conoscenza della patogenesi della malattia ulcerosa possa, in avvenire, indirizzare la chirurgia verso un trattamento e verso degli interventi più fisiologici e meno gravi.

2° Relatore: J. SCHOEMAKER (La Haye). — Le osservazioni riguardano 350 malati operati per ulcera dello stomaco e del duodeno.

Le resezioni furono sempre praticate secondo il 1° metodo del Billroth.

Descrizione della tecnica speciale dell'O. la cui mortalità operatoria è del 5 %. Le cause di morte furono: ferita del coledoco, 2; ferita del pancreas, 1; emorragia nel cavo addominale, 1; collasso, 2; emorragia nello stomaco e nell'intestino, 2; polmonite, 3; emorragia del fegato, 1; influenza, 1; infezione, 1; debolezza generale, 1; ignote, 2.

Risulta da questo che la resezione è più pericolosa della gastro-enterostomia, poichè le tre prime cause di morte non sarebbero state possibili in questo intervento, e anche il collasso molto probabilmente non sarebbe sopravvenuto.

La Billroth I non è più pericolosa della Billroth II, perchè la sutura ha sempre tenuto. Accade che la nuova via d'uscita dello stomaco si trova leggermente ristretta in capo a 10-14 giorni per infiammazione della sutura.

Si dovette reintervenire chirurgicamente tre volte per vomiti ripetuti e 2 volte fu praticata una gastro-enterostomia e una volta si riaprì la sutura nella parte inferiore sino alla mucosa con sutura consecutiva della sierosa a punti staccati.

Parecchi malati furono esaminati radiograficamente dopo un certo tempo. Si constatò che la forma dello stomaco era modificata per la mancanza dell'antro pilorico. La nuova via d'uscita si trovava a sinistra, e somigliava un po' ad un piloro normale, ma non interamente formata. Sul film dava l'impressione di essere molto ristretta, mentre in realtà non lo era, come fu possibile vedere nel corso di un nuovo intervento.

La peristalsi era normale nella parte superiore dello stomaco, ma minore verso l'uscita.

L'evacuazione è proporzionalmente lenta in modo che il contenuto gastrico arriva nell'intestino convenientemente preparato.

L'esame funzionale del chimismo gastrico è stato praticato col metodo frazionato.

Mentre prima dell'operazione la curva presentava un andamento a tre cuspidi con tassi di acidità elevati, la grafica post-operatoria è stata quasi orizzontale con valori di acidità molto bassi. La causa di questo fenomeno probabilmente era dovuta al succo duodenale, che penetrando nello stomaco, neutralizzava costantemente la sua acidità.

La forma del diagramma ha un valore prognostico, perchè un sollevamento irregolare con cuspidi elevate implica sempre la possibilità di recidiva.

Gli esami clinici ulteriori dettero l'82 % di guarigioni assolute, il 7 % degli operati accusava ancora leggeri disturbi, il 13 % non otteneva alcun miglioramento.

I migliori risultati si ebbero nell'ulcera della piccola curvatura, furono meno buoni nell'ulcera del piloro e cattivi per le duodenali. Inversamente nella gastro-enterostomia i migliori risultati si ottengono nell'ulcera duodenale. L'O. propone quindi di ricorrere di preferenza alla G. E. nella localizzazione duodenale dell'ulcera e alla resezione per la localizzazione gastrica.

Per l'ulcera del piloro la scelta fra le due operazioni dipende dalle lesioni vicine e dalla dimensione del duodeno. La Billroth I sembra preferibile perchè ristabilisce nell'addome le condizioni più vicine al normale.

Lo stomaco è soltanto più piccolo, ma la sua forma e la sua posizione rimangono normali. Il contenuto gastrico riprende lo stesso corso che prima dell'operazione e viene abbondantemente mescolato alla bile e al succo pancreatico prima di arrivare nel digiuno.

L'ulcera peptica digiunale non si produce mai. L'operazione non è più pericolosa della Billroth II; l'O. non ha mai veduto sopravvenire un'insufficienza della sutura.

Una speciale ristrettezza del duodeno può rendere l'operazione difficile, perchè allora l'apertura dello stomaco non può essere abbastanza larga; questa eventualità non si verifica mai nelle ulcere lontane dal piloro. Se si ha una recidiva, si può fare una seconda resezione o aggiungere una gastro-enterostomia se la nuova ulcera ha ristretto il duodeno o prodotto delle gravi lesioni di vicinanza.

3° Relatore: J. BARTRINA (Barcellona). — 1) La resezione dello stomaco per ulcera è indicata nel 30 % dei casi di localizzazione gastrica e nel 2 % delle localizzazioni duodenali o juxta-piloriche, oltre che nelle affezioni epiteliali e maligne.

2) La piloro-gastrectomia è un'operazione grave. Nello studio dei suoi risultati non si può non tener conto dell'alta mortalità che essa comporta.

3) Il processo di Reichel-Polya e le sue varianti (processo di Finsterer e anastomosi antiperistaltica di Moynihan) sono quelle che meglio garantiscono il risultato operatorio. L'impianto laterale del digiuno viene ad effettuare una specie di plastica sulla linea di sezione gastrica.

4) Le resezioni gastriche lasciano per un certo tempo lo stomaco paralizzato, in conseguenza dello stupore locale provocato dal trauma operatorio e della legge di Stokes.

5) Il primo fattore che interviene dopo l'operazione per provocare il vuotamento dello stomaco è la peristalsi intestinale che esercita in un certo senso, un'aspirazione del contenuto gastrico.

6) Nel metodo Reichel-Polya e sue varianti, il volume e l'evacuazione dello stomaco dipendono dalle contrazioni ritmiche del segmento di digiuno distale all'anastomosi; la distensione più o meno grande dello stomaco può aversi fino a un certo punto.

7) Il vuotamento dello stomaco, nel processo Reichel-Polya e sue varianti, si compie rapidamente e questa rapidità di svuotamento, invece di essere un inconveniente, sembra costituire un vantaggio. Dopo l'operazione, il periodo di gastroplegia viene accorciato; più tardi sembra che i buoni risultati dell'operazione si mantengano.

8) I gastro-pilorectomizzati sono anacloridrici dopo l'operazione. Però non vi è sempre rapporto costante fra i risultati lontani favorevoli e la presenza di acido cloridrico. Talora dei malati rimangono in buone condizioni e vuotano facilmente lo stomaco, pur restando ana- o ipocloridrici.

Altri, in cui l'operazione è stata favorevole, hanno qualche ritorno di mobilità o un'acidità superiore a quella che avevano subito dopo l'operazione. Assai spesso soffrono simultaneamente di queste due cause morbose.

4° Relatore: G. Lardennois (Parigi). — La scrupolosa preparazione dell'operato, l'impiego dell'anestesia locale ed i progressi della tecnica hanno ridotto considerevolmente la mortalità operatoria della resezione per ulcera.

Numerose statistiche dimostrano ch'essa può non sorpassare ed anche non raggiungere il 5 %, all'infuori del caso eccezionale di resezione urgente per perforazione o emorragia minacciante.

Il procedimento più impiegato attualmente è il Reichel-Polya con diverse varianti. Detto procedimento permette una resezione molto estesa, e più la resezione è estesa, più sicuri sono i risultati lontani. Dopo gastrectomia subtotale, il segmento gastrico rimanente si dilata poco a poco. L'evacuazione è ordinariamente rapida; essa è ritmica, se la bocca non è troppo larga. La secrezione cloridrica diminuisce progressivamente, alle volte fino all'anacloridria.

Queste sono le condizioni più favorevoli per sopprimere la gastrite con ipersecrezione, per impedire il formarsi d'una nuova ulcera, e per evitare la formazione dell'ulcera peptica gastrodigiunale.

I mediocri o cattivi risultati lontani sono molto più rari che dopo gastro-enterostomia. Essi sono dovuti sia a delle aderenze post-operatorie, sia alla persistenza delle cause che hanno originato la gastrite e l'ulcera; in primo luogo gli ostacoli al passaggio del contenuto intestinale come aderenze, briglie, inginocchiamenti, ecc., sia a livello del duodeno, sia più lontano sul tenue, l'angolo ileo-cecale sopratutto ed anche il colon destro. Allorquando queste cause d'irritabilità gastrica persistono, i loro effetti si fanno sentire molto di più, naturalmente dopo gastroenterostomia, che dopo resezione.

La resezione è indicata formalmente in casi di ulcere callose, a causa della frequenza dell'ulcera-cancro (25 % dei casi) e dell'impossibilità della diagnosi differenziale nel corso dell'operazione.

Questi sono i casi nei quali la resezione dello stomaco, ordinariamente, è molto difficile. In casi d'ulcera semplice, essa è facile e può essere eseguita senza molti rischi operatori, sia in un tempo che in due tempi.

L'ulcera del duodeno, quando non può essere estirpata, sembra potersi guarire più sicuramente dopo resezione, che dopo gastroenterostomia. La resezione palliativa di Finsterer, senza intervento diretto sull'ulcera, è particolarmente benigna (1,90 % di mortalità). Allorquando esiste una larga apertura del piloro con infiammazione pronunziata dell'antro prepilorico (antrite) e delle prime parti del duodeno (duodenite) la resezione così praticata pare sia attualmente l'intervento più logico e più efficace.

5° Relatore: E. Ribas-Ribas (Barcellona). — 1) I risultati della resezione gastrica dipendono da un'esatta diagnosi, dall'indicazione all'intervento, dalla preparazione del malato, dalla tecnica seguita e dal trattamento dietetico e terapeutico post-operatorio.

2) La gastrectomia è un'eccellente operazione, ma comporta una mortalità eccessiva. Tutti i chirurghi hanno avuto la soddisfazione di migliorare le loro statistiche man mano che la tecnica si perfezionava e le indicazioni erano più precise:

a) perchè le difficoltà tecniche sono enormi e grandi le probabilità d'insuccesso nelle ulcere duodenali, in quelle juxtacardiali e in quelle della piccola curvatura con estese infiltrazioni croniche periulcerative;

b) perchè in questi casi l'esperienza ha dimostrato che la resezione del piloro e dell'antro, seguita da anastomosi alla Polya, lasciando l'ulcera, dà ottimi risultati lontani con un minimo di mortalità.

3) Nei casi in cui la gastrectomia è indicata, i migliori risultati si sono ottenuti colla gastrectomia estesa con estirpazione dell'ulcera e resezione del piloro e dell'antro, seguita da anastomosi alla Polya. La mortalità immediata oscilla fra il 6 e 1,8 %. I risultati lontani sono ottimi nell'80 % dei casi, mediocri nel 12 %, cattivi nell'8 %.

4) La ricerca del tasso cloridrico degli operati, lo studio radioscopico e radiografico e l'esame clinico sono i soli mezzi, che, ripetuti frequentemente, diano la certezza sui risultati lontani.

La diminuzione o la cessazione dell'ipercloridria, la buona motilità e il drenaggio gastrico coincidono col benessere degli operati e col ritorno della loro energia, e si trova negli operati con risultati buoni; ma alcuni presentano talora ad intervalli dei disturbi di secrezione e di motilità, che cedono generalmente al regime e alla cura medica.

5) I cattivi risultati sono dovuti o all'ulcera peptica o alla recidiva dell'ulcera o ad aderenze che stirano e deformano lo stomaco.

6) Vi sono anche alcuni operati, che, senza ragione, si lagnano sempre; sono dei neuropatici, degli abulici o soffrono per altre ragioni?

7) Non ci si può e non ci si deve basare su statistiche che mettono insieme dei casi eterogenei. Occorre separare le statistiche di gastrectomie praticate per ulcere non complicate e che danno una mortalità minore, da quelle di resezioni per ulcere complicate (ulcere peptiche, perforazioni, emorragie) che comportano un massimo di mortalità. L'esperienza dimostra che in questi casi è necessario agire più presto possibile col trauma minimo.

8) La gastro-enterostomia va riservata agli obesi, ai cardio-vascolo-renali, ai diabetici, ai cachettici; la si userà come operazione palliativa nelle ulcere infette, nei soggetti intossicati per inanizione a cui si può praticare l'operazione radicale in secondo tempo e in migliori condizioni.

9) Ogni operato di stomaco deve sorvegliarsi e sottoporsi ad un regime e a una cura medica adatta.

6° Relatore: Zaorski (Varsavia). — L'efficacia della cura medica è limitata nel tempo e nel suo potere di azione. La cura chirurgica con la g. e. segue la stessa via della cura medica con un'azione indiretta. La resezione gastrica è la sola cura logica come quella che con l'ulcerazione allontana anche i fattori che ne sono causa.

Il metodo più fisiologico di anastomosi dopo resezione, è quello di Péan-Rydygier, denominato ingiustamente metodo Billroth I.

7° Relatore: Puig Sureda (Barcellona). — Poco o nulla sappiamo della genesi dell'ulcera gastrica e duodenale, possiamo supporre soltanto che esi-

sta una patogenesi polivalente che spiega come talora l'ulcera sia una malattia locale e altre volte come sia più giusto parlare di una malattia ulcerosa.

L'unico dato di fatto che abbiamo ricavato dall'esperienza è che solo la cura chirurgica è capace di sopprimere o annullare l'ulcera.

Non si può negare che la G. E. in un discreto numero di casi guarisca l'ulcera; però l'esperienza dimostra che la resezione è quella che meglio e in una maggior percentuale di casi, assicura la guarigione. Anche dopo resezione si presenta il problema dell'ulcera digiunale post-operatoria; a questo proposito afferma: 1) l'U. d. p. si presenta anche dopo resezione estesa; 2) l'iperacidità può permanere dopo resezione dell'antro e della prima parte del duodeno; 3) U. p. possono presentarsi anche con ipoacidità e assenza di acido cloridrico libero.

È opportuno distinguere due ordini di ulcere: quelle dipendenti da cause locali e quelle con tendenza a generalizzazione. La prima categoria è la più numerosa e in questi casi è sufficente limitarsi all'exeresi dell'ulcera duodenale e alla distruzione dello sfintere pilorico per facilitare la evacuazione gastrica e la neutralizzazione acida. Anche nei casi simili a sede gastrica sono sufficenti resezioni limitate.

Nei casi non bene localizzati bisogna ricorrere alle resezioni estese. L'esito ulteriore dipende dallo stato della mucosa residua: se questa è sana i malati sono guariti perfettamente con l'intervento, se è malata la guarigione definitiva si avrà quando, dopo un certo tempo, le lesioni della mucosa saranno guarite.

Questo è in relazione ai due tipi di lesioni ulcerative.

Purtroppo non abbiamo modo di riconoscerli all'atto dell'intervento. Lo sforzo del chirurgo deve essere quindi non nel resecare in tutti i casi una parte sempre più estesa dello stomaco ma nel trovare i mezzi che diano l'indicazione in un determinato caso a un intervento limitato, in un altro caso invece a una resezione ampia. Oggi, il non poter distinguere i due tipi di ulcere ci obbliga a ricorrere sistematicamente a resezioni anche eccessive perchè occorre ricordare che la prima operazione decide spesso dell'avvenire e che se non sarà stata sufficente sarà più grave che inutile e si sarà aggiunto un male importante alla malattia gastrica.

* * *

Alla discussione sono iscritti 41 oratori. In grande maggioranza concordano con i relatori nella tendenza resezionistica, e portano i risultati della loro esperienza personale. Nell'ulcera gastrica la resezione è accettata incondizionatamente da tutti, mentre per l'ulcera duodenale i pareri sull'intervento sono discordi. Notevoli i contributi italiani fra i quali segnaliamo quelli dei proff. Alessandri, Donati, Giordano.

Il prof. R. ALESSANDRI illustra con una estesa statistica le direttive della Scuola Romana. Afferma anzitutto, che a differenza dell'affermazione dei RR. ha osservato raramente la trasformazione cancerosa dell'ulcera, il che è addirittura eccezionale nella localizzazione duodenale. La trasformazione cancerosa di un'ulcera è una cosa ben differente dalla cosidetta ulcera-cancro, espressione inesatta perchè se per la forma la lesione può rassomigliare all'ulcera, è in realtà un cancro. La espressione cela un errore diagnostico ma non corrisponde a nessuna entità anatomo-patologica. È da osservare solo che con la sola laparotomia talvolta è difficile decidere se si tratti di un'ulcera callosa o di un cancro e l'errore può essere molto fàcile.

Non deve essere solo questa la ragione della preferenza alla resezione piuttosto che alla G. E. ma sopratutto il fatto che solo con la resezione si ottiene un'azione completa sul chimismo gastrico e su quelle condizioni che sono in rapporto alla genesi dell'ulcera.

In tutte le statistiche, la mortalità dopo resezione è più alta; però non bisogna esagerare nella benignità delle operazioni di G. E. Il decorso postoperatorio è certamente più semplice dopo resezione mentre le complicazioni bronco-polmonari mostrano la stessa frequenza.

Anche una resezione estesa dello stomaco può divenire un intervento meno grave se praticato in anestesia locale della parete e con anestesia per infiltrazione degli epiploon.

La resezione è invece intervento difficile e grave nelle ulceri duodenali callose e in quelle piloriche con infiltrazione del duodeno. In questi casi, in genere, pratica una G. E. o una resezione dell'antro e del corpo dello stomaco, lasciando l'ulcera. Per facilitare la chiusura del moncone duodenale seziona lo stomaco a sin. del piloro, distrugge la mucosa gastrica della parte residua e chiude senza difficoltà il moncone. Il tipo di resezione preferito è la Reichel-Polya precolica. Crede un buon intervento anche la resezione a manica che ha eseguito con successo in 43 casi.

Sulla questione della patogenesi dell'ulcera peptica ha fatto eseguire numerose ricerche sperimentali e cliniche. È da tener conto di due fattori: anzitutto il suo rapporto con il tasso di acidità che resta dopo l'intervento e in secondo luogo la sua frequenza dopo la G. E. specie con esclusione pilorica, mentre è eccezionale dopo resezione.

Questi dati di fatto per l'ulcera peptica e l'aumento progressivo nella frequenza sono un altro argomento in favore della resezione. Nell'ulcera peptica postoperatoria è la resezione estesa che dà i migliori risultati.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Le emorragie dello stomaco e dell'intestino e la loro diagnosi differenziale.

La comparsa di emorragie dalla bocca o dall'ano risvegliano ogni volta la necessità imperiosa di stabilirne l'origine e il punto di partenza, onde determinarne la terapia e stabilirne la prognosi.

Il prof. Julius Donath (*Wiener Klin. Woch.*, n. 21, 1929) distingue le cause anatomo-patologiche in tre grandi gruppi diversi, e cioè: 1) disturbi di circolo o dei vasi; 2) alterazioni delle pareti; 3) modificazioni della crasi sanguigna.

Clinicamente l'emorragia può essere profusa od occulta: l'A. si occupa di questi due estremi che racchiudono, naturalmente, tutte le altre possibilità.

Emorragie profuse possono aversi dalla bocca (ematemesi) e il sangue conserva il suo colore o è brunastro; possono aversi dall'ano, e anche in questo caso le feci possono avere un colore rosso rutilante od esser nere, picee. Si ricordi che questo colore piceo può essere dato da altre cause: preparati di ferro, di carbone, di bismuto, ecc.; il pigmento sanguigno sarà ricercato sempre spettroscopicamente.

Del resto all'emorragia profusa si associano sempre una serie di sintomi clinici: debolezza, pallore, tachicardia, disturbi visivi, ecc.

In netto contrasto sono le emorragie occulte; il sospetto che esse si verifichino, sorge allorchè il paziente, che soffre di disturbi dell'apparato digerente, si lamenta di malessere, di debolezza, di cardiopalmo, e nel sangue presenta il quadro di un'anemia secondaria.

A svelare tali emorragie giova, oltre i classici metodi del guaiaco, della benzidina, ecc., la presenza della ematoporfirina, derivato privo di ferro dell'emoglobina, che si forma quando il sangue ha ristagnato anche per breve tempo, entro l'intestino: ciò permette anche di escludere le emorragie emorroidarie.

Lo stomaco e il duodeno possono essere sede di profuse emorragie: si tratta generalmente di ulceri dello stomaco o del duodeno: la regola scolastica che la prima dà solo ematemesi e la seconda solo melena, ha scarso valore: maggiore importanza va data all'anamnesi, che rivela nel primo caso acidità, eruttazioni, aumento dei dolori dopo i pasti, ecc., nel secondo i tipici dolori da fame, la periodicità dei disturbi, insomma la sindrome pilorica: si ricordi però che la diagnosi differenziale tra questi due processi, sulla base soltanto dei sintomi subbiettivi, è oltremodo infida.

Generalmente l'emorragia profusa è accompagnata da un senso di sollievo, di leggerezza: se invece i dolori aumentano, si pensi ad una perforazione.

Oltre alle emorragie profuse, le ulcere dello stomaco e del duodeno possono dare anche delle emorragie occulte.

Queste ultime sono però assai più frequenti nel cancro dello stomaco, e vanno sempre ricercate, magari limitandosi all'ematoporfirina: si tenga poi conto dell'età, dei disturbi accusati, delle condizioni generali e del reperto del succo gastrico.

Vengono poi, per importanza, le cirrosi del fegato in cui le varici esofagee, prodottesi per il disturbo del circolo venoso, possono rompersi dando luogo ad emorragie anche mortali: talora invece le emorragie sono dovute ad una congestione passiva della mucosa dello stomaco, conseguente a scompenso di cuore, facile nei cirrotici.

Cause meno frequenti di emorragie sono: le diatesi emorragiche, la leucemia e l'anemia perniciosa, la colemia, l'uremia, la tabe (crisi nere dei tabetici), le alterazioni luetiche o arteriosclerotiche dei vasi, e le operazioni chirurgiche specialmente sulla cistifellea o sull'intestino cieco.

Tra le cause rarissime di emorragie vanno ricordate: la rottura di un aneurisma nello stomaco, l'invasione della parete gastrica o intestinale esterna da un neoplasma che intacca i vasi; il passaggio di calcoli biliari nel duodeno, con lesione dei vasi; una stasi venosa, per ernia diaframmatica.

Le emorragie nelle isteriche vanno sempre accolte con scetticismo.

Causa assai frequente di melena, senza ematemesi, è la chiusura della vena mesenterica superiore che si accompagna a dolori violentissimi e a gonfiore dell'addome, a vivo risentimento peritoneale: si penserà ad un'embolia se esiste un vizio di cuore, o un'endocardite capaci di spiegarla, o ad una trombosi, la cui origine è spesso oscura.

Altra causa è la trombosi della porta, o da lues, o da compressione esterna: più rara è la trombosi della v. splenica. Disturbi di circolo sono anche responsabili per le emorragie che si verificano nel volvulo o nella invaginazione.

Emorragie intestinali profuse possono essere date dal tifo addominale, nel qual caso gioverà a stabilire la diagnosi l'anamnesi, il quadro clinico, il criterio epidemiologico, l'esame del sangue.

Anche dall'intestino possono originare emorragie occulte, legate assai di sovente all'iniziarsi di un processo neoplastico; talora il sangue è misto a muco e a pus, nella tubercolosi e nella sifilide dell'intestino, e in tutte le malattie catarrali e infiammatorie.

La diagnosi differenziale tra emorragia derivante dall'intestino tenue ed emorragia derivante dall'intestino crasso non è facile: e in linea generale l'esame delle feci non riesce a permetterci la diagnosi di tutte queste malattie su elencate.

La stessa dissenteria è accertata solo quando si trovi l'agente provocatore, o le agglutinazioni siano positive: altre malattie possono infatti presentare il suo quadro, pure così caratteristico, ad es. l'avvelenamento grave da sublimato e le intossicazioni da uso prolungato di diuretici (novasurol e salyrgan).

In tutti i casi in cui si sospetta un tumore dell'intestino, la diagnosi va accertata non tanto con l'esplorazione digitale che è fallace, ma colla rettoscopia e l'igroscopia: tali indagini servono anche a stabilire una differenziazione netta tra una poliposi dell'intestino e varici delle vene della mucosa intestinale, causa entrambe di emorragie profuse: e infine vanno applicate anche negli emorroidari, in cui la facile diagnosi di emorroidi copre spesso la concomitanza di un processo neoplastico.

V. SERRA.

Nuovo segno dell'appendicite cronica.

B. Chatzkelson (*Münch. Med. Woch.*, 19 apr. 1929) ha osservato che soggetti colpiti da appendicite cronica presentavano un'andatura « cauta ». Ha voluto indagare perchè. Ad un esame attento, ha trovato che il tessuto sottocutaneo della regione ipogastrica dal lato malato è ipotrofico. Per rendere bene manifesto il fatto, conviene sollevare la cute dai due lati, formandone una piega. L'A. crede che l'ipotrofia si estenda allo strato muscolare sottostante della parete addominale. L'A. spiega il fatto così: l'appendicite cronica determina uno stato costante di difesa muscolare, che tiene i vasi sanguigni in stato di compressione; quindi riduce la nutrizione e provoca ipotrofia dei tessuti; questa porta a modificare anche la marcia.

L. V.

CASISTICA.

La fossetta coccigea: distrofia eredoluetica.

Secondo Touraine e Marceron (*Paris Méd.*, 2 marzo 1929) nei due terzi degli eredoluetici distrofici, si trova, alla unione della prima e della seconda porzione del coccige, cioè pressappoco alla sua metà, una depressione mediana dei tessuti a forma di fossetta, che sembra assai rara, se non assente, al di fuori della lues.

Essa costituirebbe il grado più attenuato di una *spina bifida*.

Descrizione: è sempre mediana, nel solco intergluteo che interrompe bruscamente. La pelle è ivi del tutto normale. Nei casi ben netti, il fondo è bene aderente al coccige; con uno stiletto si può giungere sull'osso da cui non si è tenuti lontani che da una pelle assai sottile.

Sesso: non vi è differenza di frequenza tra i due sessi.

Età: è ben visibile e netta fin dalla nascita. Pare che si vada leggermente attenuando con l'età.

Associazione con altre distrofie: è rara la coincidenza con fatti clinici di sifilide attiva (2 casi su 124). È invece spesso associata ad altre distrofie: tubercolo del Carabelli, denti di Hutchinson, disodontiasi, fronte olimpica, palato ogivale, periostite del calcagno, morbo di Roger, convulsioni, cheratiti cicatrizzate, splenomegalie, criptorchidie, ritardi di sviluppo, ecc.

Reazioni sanguigne: in 6 casi su 78 vi fu positività completa: nel 50 % vi fu reazione negativa, ciò secondo gli AA. non deve meravigliare trattandosi di sifilide distrofica. Ma la eredolues si potè in tutti i casi considerare certa, o per essere accertata nei parenti o per i classici suoi segni clinici.

Le ricerche sulla patogenesi non han dato risultati attendibili.

Le indagini radiologiche non han fornito elementi importanti: tuttavia si ritiene che la fossetta coccidiena non rappresenti che il grado più attenuato, larvato, per così dire, della spina bifida occulta.

L. TONELLI.

Le fratture dell'acetabolo.

E. L. Eliason e M. Wright (*Surg. Gynec. a. Obst.*, aprile 1928) riconoscono tre gruppi di fratture centrali dell'acetabolo: 1) fratture dell'orlo; 2) fratture raggianti, comprese quelle con separazione epifisaria del fondo; 3) fratture penetranti con o senza spostamento intrapelvico della testa del femore. Nel 50 % e più dei casi, sono poi complicate da altre fratture pelviche con svariate manifestazioni pelviche od addominali.

La diagnosi di natura e di grado rimane basata sull'esame ai raggi X; dal punto di vista sintomatologico, può esservi appiattimento del trocantere, accorciamento dell'arto, flessione, abduzione e rotazione esterna. Possono aversi inoltre: dolore otturatorio alla pressione sul nervo, crepitìo e sintomi provenienti da lesioni dei vasi e della vescica; costante è la dolorabilità alla pressione laterale sul trocantere.

Tutti i movimenti della coscia sono limitati; vi sono però dei pazienti che sono stati capaci di camminare subito dopo la frattura. Le lesioni del nervo sciatico possono determinare paralisi di vario grado.

Nella maggior parte dei casi, la causa ne è un trauma diretto sul gran trocantere (60 % dei casi degli AA. e 97,5 % di quelli riportati nella letteratura).

Le lesioni associate richiedono un trattamento d'urgenza; la riduzione si fa meglio a cielo chiuso sotto anestesia eterea, in completo rilasciamento muscolare; l'operazione a cielo aperto è controindicata. La riduzione può essere mantenuta con una spica di cerotto, mentre la coscia è in abduzione, leggera flessione e rotazione esterna.

fil.

Su di una rara complicazione della frattura di Schlatter-Osgood.

Cerrito (*Am. ital. di chir.*, anno VII, fasc. 9) descrive un caso di frattura della tuberosità anteriore della tibia con lesione leggera sulla piattaforma tibiale diretta verso il condilo esterno.

Dopo 2 giorni l'A. osservò, sulla regione traumatizzata del paz., delle vescicole o ecchimosi. Il giorno successivo notò raffreddamento del piede, raffreddamento più intenso con sensibilità attutita dopo un giorno.

Tali disturbi andarono aggravandosi fino ad aversi cangrena delle dita dopo 10 giorni. Fu necessario un intervento mutilante. Alla biopsia fu trovato un grosso coagulo lungo circa 10 cm. della a. tibiale anteriore. L'A. spiega la complicazione come un processo artritico legato al fattore generale.

A. CIOFFI.

TERAPIA.

Contributo alla terapia della pleurite sierosa nel bambino.

Secondo Bentivoglio (*La Clinica Pediatrica*, f. 10, 1928) la somministrazione di cloruro di calcio per via orale, esplica azione favorevole sul decorso delle pleuriti sierose, sia di origine specifica, sia di origine extra-tubercolare.

Si ottiene un sollecito miglioramento dello stato generale dei pazienti, generalmente un riassorbimento rapido del liquido, e perciò e per la innocuità e facilità di somministrazione merita di essere largamente usato a questo scopo.

Il cloruro di calcio deve essere somministrato allo stato di assoluta purezza e in dosi inizialmente elevate (4-6 gr. nei piccoli, 10-12 gr. nei più grandicelli), le dosi devono poi essere mantenute o ridotte a seconda dei casi.

Per il fatto che il cloruro di calcio mostra azione più pronta nelle forme recenti, è consigliabile istituire questa cura il più precocemente possibile. La benefica azione del cloruro di calcio non è tale da diminuire o impedire la frequenza dei comuni reliquati pleurici, e perciò sarà utile anche in questo senso l'introduzione di aria fra i due foglietti pleurici in sostituzione, anche parziale, del liquido in via di riassorbimento o estratto mediante toracentesi.

MAURIZIO.

Emiplegia pleurica mortale con rammollimento bianco della regione temporo-occipitale.

Il caso descritto da Tixier, Bertrand, De Sèze, Ducas (*Rev. Neurologique*, n. 1, 1929) è istruttivo, perchè ammonisce ad usare la massima prudenza quando si punge una raccolta purulenta endopolmonare a localizzazione incerta.

Pungendo, con un ago grosso, alla ricerca di una simile raccolta, in un malato in cui era stata fatta diagnosi di ascesso streptococcico del lobo polmonare superiore destro, gli AA. provocarono una sincope prima, un'emiplegia totale sinistra poi, e la morte in 15ª ora.

All'autopsia si riscontrò un rammollimento bianco del cervello nella regione temporo-parietale.

V. SERRA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Iniezioni di luminal sodico nella cisterna magna. — Al dott. E. C., abb. n. 287-4. Lima:

Le indicazioni e la tecnica del luminal sodico nella cisterna magna sono descritte da Ayala, autore del metodo, nei numeri 31 e 32 dell'anno 1926 della Sezione Pratica del « Policlinico ».

La tecnica è la seguente: la cisterna magna si raggiunge attraverso lo spazio occipito-atlantoideo. Si introduce un ago di platino iridato a punta cortissima. Qualora il liquor non fluisca spontaneamente, se ne aspirano mediante siringa, da innestare all'ago già introdotto, circa 2 cmc. Con altra siringa s'iniettano lentamente 22 centigrammi di luminal sodico sciolti in 2-3 cmc. di acqua distillata. La soluzione deve essere di recente preparata, sterile e tepida (30°).

È inutile avvertire che si tratta di un metodo di cura molto delicato, che richiede una certa pratica da parte dell'operatore ed abile assistenza.

D'altra parte va riservato alle forme convulsive gravi, subentranti o nello stato di male, quando gli ordinari metodi di cura rimangono senza effetto.

DR.

Acetilcolina. — Al dott. A. G., Padova:

L'acetilcolina non è ancora molto diffusa in commercio. Si può trovarla presso le mi-

gliori farmacie preparata in soluzione al 5 per mille in fiale da un cmc.

DR.

All'abb. n. 12560:

Non conosco il valore della Fabbrica di microscopi Otto Himler di Berlino, che non appartiene al novero di quelle note. Ad ogni modo, per chi ha un po' di pratica di microscopi, non è difficile dare un giudizio sul loro valore e sulle loro condizioni. Si osserva dapprima la parte meccanica (cremagliera, vite micrometrica, ecc.) e poi quella ottica, soprattutto facendo qualche osservazione di preparati con i diversi obbiettivi ed oculari. Il potere di risoluzione viene poi esaminato mediante i consueti preparati di diatomee (Pleurosigma angulatum). Nell'esame della parte ottica, guardare soprattutto se vi sono opacamenti, strie o difetti del genere che alterino la visione netta. *fil.*

Al dott. G. B. G., da Latisana, abb. n. 2809:

Consulti: L. FERRANNINI. *La medicina del lavoro.* F. Vallardi ed., Milano. L. 95.

fil.

Al dott. N. B., da A.:

Si consiglia: *La tubercolosi malattia sociale* del prof. A. ILVENTO.

G. M.

All'abb. n. 3810-1:

I limiti d'iscrizione sul quadro di avanzamento dei capitani medici del ruolo speciale sia ad anzianità che a scelta sono:

pel 1929: 30-11-1915;
pel 1930: 16-1-1916.

C.

VARIA.

Influenza dell'età e dell'evoluzione sessuale sulle manifestazioni seborriche.

Come osserva H. W. Barber (*Lancet*, 24 agosto 1929), nell'infanzia, la crosta lattea rivela il futuro seborroico; l'inevitabile infezione del cuoio capelluto, da parte dei genitori o della balia, con il Pityrosporon, si radica e può dare la varietà seborroica dell'eczema infantile. Questa infezione persiste, come forfora secca del cuoio capelluto, fino alla pubertà, cioè fino a quando le ghiandole sebacee entrano in attività. Allora il cuoio capelluto diventa grasso e ricoperto dalla così detta pitiriasi steatoide; il microbacillo dell'acne attecchisce e forma l'acne giovanile che continua fino all'età di 25 anni o più ed è spesso associata o seguìta dalla dermatite seborroica.

All'età di 18 anni, o più tardi, incomincia la calvizie che segue ineluttabilmente il suo corso, talvolta ritardata, ma non mai arrestata.

Nella terza o quarta decade della vita, compare la rosacea e, con essa, i così detti porri seborroici, che persistono fino alla morte. Questi ultimi, considerati da Darier come naevi tardivi, devono essere distinti dalle vere cheratosi senili, pittorescamente chiamate dai francesi « fleurs de cimetière », in considerazione della loro tendenza alla degenerazione cancerosa.

È ovvio che l'evoluzione delle varie complicazioni dello stato seborroico è strettamente connesso con quello degli organi sessuali; la influenza della pubertà, della mestruazione e della menopausa è talora evidente.

L'accrescimento dei peli e l'attività delle ghiandole sebacee hanno stretti rapporti; sul cuoio capelluto, quanto maggiore è la seconda, tanto più scarso è il primo. Che in questo vi sia un rapporto con la differenziazione sessuale è evidente, ma il significato di questa è oscuro. Con la virilità, si tende a perdere il pelo sul cuoio capelluto e ad aumentare quello della barba e del corpo; il femminilismo tende ad una distribuzione inversa. Sabouraud osserva che i satiri sono rappresentati calvi e pelosi invece sulle altre parti del corpo; invece, negli eunuchi orientali, non si osserva il tipo mascolino di calvizie.

L'influenza del sesso è dimostrata da un caso dell'A. di un tumore surrenale in una donna, connesso con lo sviluppo di barba e baffi, cessazione delle mestruazioni e sviluppo di un tipo di calvizie mascolino. Asportato il tumore, ritornarono le mestruazioni, scomparvero i peli della barba e dei baffi e ricomparvero invece i capelli.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

F. CANTANI e V. SCALA. *Contributo sperimentale e clinico allo studio del meccanismo di azione della immunità locale.* — Tip. P. Calosi, Napoli, 1929.

R. SABATUCCI. *Nozioni di medicina popolare sulla blenorragia.* — Supergrafica G. Lolli, Roma, 1929.

E. SIGNORIS. *Legge di Lint e gravidanza bigemina.* — Tip. Ed. Minerva, Torino, 1929.

R. SABATUCCI. *Mezzi moderni di cura delle uretriti.* — Tip. Cons. Naz. Emigr. e Lavoro, Roma, 1929.

A. C. ALVAREZ. *Las alteraciones del ritmo cardiaco en los hipertiroideos.*

ID. *Las alteraciones sensitivas del corazon.* — Imp. Grafica Univ., Madrid, 1929.

ID. *Taquicardia paroxistica y fibrilacion auricular en un mismo enfermo.* — Indust. Graficas Uriarte, Saragozza, 1929.

A. CASSUTO. *Alcuni recenti orientamenti nella chirurgia delle nefriti.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Dispensari antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale della Sanità Pubblica — ha diretto ai Prefetti la circolare seguente:

Con la circolare 16 febbraio 1928 num. 20.300-20.686, il Ministero, dopo aver rilevato che il funzionamento dei Dispensari antitubercolari non corrispondeva in molti casi alla grandissima importanza loro assegnata, faceva invito ai Consorzi provinciali antitubercolari di procedere alla accurata revisione dei Dispensari esistenti, modificando o migliorando la loro azione, ove occorresse, in modo da renderli pari al loro cómpito.

Il Ministero ha ora voluto essere ragguagliato con la maggiore possibile unità di impressioni sul modo come sono state attuate le prescrizioni impartite con la circolare sopracitata, ed ha dovuto rilevare come molti Dispensari non rispondano ancora alle indispensabili e fondamentali necessità tecniche per potere in modo adeguato e completo adempiere alla loro importantissima funzione nella lotta antitubercolare.

Per agevolare la redazione dei progetti di adattamento dei Dispensari esistenti o di costruzione di quelli nuovi, il Ministero ha ritenuto pertanto opportuno di fare redigere un tipo medio di Dispensario, il quale possa servire di guida ai Consorzi provinciali antitubercolari e agli altri enti da cui dipende la gestione di detti Istituti.

Il tipo, di cui si uniscono alcuni esemplari per la distribuzione agli enti interessati, dovrà essere naturalmente adattato, caso per caso, alle circostanze locali, ed è suscettibile quindi di ampliamenti o di riduzioni secondo la maggiore o minore estensione che la attività dispensariale dovrà avere in relazione alle esigenze del luogo.

In tutti i casi dovranno essere tenute presenti le norme che in argomento furono impartite con la succitata circolare 16 febbraio 1928 e le EE. LL., nel rilasciare l'autorizzazione di cui all'art. 13 della Legge 23 giugno 1927, n. 1070, dovranno sempre previamente accertarsi che ogni Dispensario risponda alle norme suddette.

La riforma dell'istituto peritale.

Alla Società di Medicina legale il prof. S. Ottolenghi ha fatto una comunicazione inerente alla perizia in contraddittorio che, in vigore nel Codice di P. P. attuale, viene col nuovo progetto soppressa.

« Il progetto Rocco, al capitolo III, articolo 315 e seguenti, sopprime la « perizia in contraddittorio » in vigore nel Codice attuale, la quale ammettendo i periti di parte che sono la negazione della Giustizia e della Scienza è l'espressione tipica del procedimento odierno che in omaggio ad un malinteso pregiudizio liberale sancisce il principio della più libera difesa del delinquente, sia pure a scapito della scoperta del vero.

« L'art. 315 del progetto Rocco, che ammette un unico perito, il perito del giudice, ma « dà facoltà alla parte di nominare a proprie spese a mezzo del suo difensore un consulente tecnico » dimostra che la nuova procedura, mentre sancisce nell'interesse della giustizia il diritto di revisione dell'opera del perito del giudice, moltiplica l'efficacia delle indagini peritali a tutto vantaggio della Giustizia ».

Proceduto ad una minuta analisi delle nuove progettate disposizioni, l'Ottolenghi parla delle funzioni medico-legali oggi tanto deprezzate specialmente negli istituti attuali che permettono agli inetti e agli infidi di mal collaborare ad una delle più delicate funzioni di medicina politica.

Mette, infine, in rilievo che tale riforma è l'espressione tipica di un procedimento penale corrispondente alle esigenze di uno Stato fascista che in tema di giustizia sociale non può ammettere il prevalere delle azioni di parte e si interessa nella difesa della sua integrità e della salute fisica e morale dei cittadini non meno dell'assoluzione dell'innocente che della condanna del colpevole.

Alla relazione dell'Ottolenghi è seguita un'ampia discussione alla quale hanno preso parte specialmente il presidente, on. Dore, il prof. Ascarelli, il dott. Massari, l'avv. Toscano, in seguito alla quale si è votato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Società di medicina Legale di Roma applaude al concetto informatore della riforma dell'Istituto peritale nel progetto Rocco del Codice di P. P., riforma di carattere veramente fascista, corrispondente ai più vitali interessi di Stato, primo difensore dell'integrità morale e materiale dei cittadini e fa voti che l'opera del consulente tecnico possa essere prestata in tali condizioni da poter realmente riuscire efficace nella ricerca del vero e che una rigorosa scelta dei periti del giudice assicuri una provvida opera peritale in favore della Giustizia ».

Alla Società delle Nazioni. La lotta contro gli stupefacenti.

In seno alla quinta commissione del Consiglio è stata decisa la questione della lotta contro l'oppio e gli stupefacenti, della quale l'Italia è da tre anni il portabandiera. Fin dall'inizio essa basò la sua azione sul principio della limitazione diretta della fabbricazione delle droghe manifatturate, separando tale questione da quella della limitazione della produzione dell'oppio greggio.

che è problema meno urgente e meno grave. Dopo ripetute e infruttuose trattative per far prevalere questo principio, si è giunti questo anno a raggruppare intorno alla nostra tesi una forte maggioranza. Ciò ha fatto sì che i paesi produttori abbiano dovuto assentire all'accoglimento di tale principio. Si trattava ora di determinare le misure pratiche per attuare tale criterio, e sui metodi da seguire è sorto in commissione un vivo dibattito, del quale sono stati protagonisti da una parte la delegazione inglese e dall'altra quella italiana, rappresentata dall'on. Sardi.

La delegazione britannica sosteneva che gli accordi per realizzare la limitazione diretta dovessero intervenire esclusivamente fra Stati manifatturieri; la delegazione italiana, per contro, facendo valere il punto di vista che finora furono gli Stati consumatori a cadere vittima della sovraproduzione di droghe, ha sostenuto che agli accordi dovevano intervenire anche i rappresentanti di questi ultimi.

La nostra tesi ha, infine, ottenuto pieno successo e si è decisa la convocazione di una conferenza per ricercare un accordo, in base al quale gli Stati manifatturieri si impegnino a limitare la produzione delle droghe manifatturate ai loro bisogni di ordine scientifico e medico.

L'on. Sardi ha brillantemente sostenuto, durante tutta la discussione, che è continuata per parecchie sedute, la nostra tesi, mettendo in rilievo gli scopi sociali e morali che essa intende di perseguire e conducendola a piena vittoria.

L'educazione fisica nella marina.

Il Ministero della Marina ha inviato ai Comandi dipendenti una circolare nella quale rileva l'utilità che gli ufficiali, specie i giovani, dimostrino una maggiore passione per gli esercizi sportivi e tengano sempre presente che, dedicandosi con entusiasmo e con fede allo sviluppo delle proprie energie fisiche, non solo concorreranno a migliorare se stessi, ma verranno ad acquistare un sempre maggiore prestigio sui dipendenti. Così pure occorre indirizzare i sottufficiali ad una maggiore attività sportiva ed esigere che tutti i militari, senza eccezione, intervengano alle esercitazioni ginniche, avendo ben presente che lo scopo da raggiungere non è già quello di formare dei campioni, ma bensì quello di migliorare e perfezionare la massa.

Provvidenze per i feriti di guerra.

È stato presentato alla Camera dei Deputati un disegno di legge riguardante il riconoscimento, ai fini del computo delle campagne di guerra, del tempo passato in luoghi di cura, in licenza di convalescenza, in aspettativa, ecc., per ferite e malattie nella guerra nazionale 1915-18. Il disegno di legge è accompagnato da una chiara relazione del Capo del Governo.

Cronaca del movimento professionale.

Ordini dei Medici.

Roma. — È stato eletto il nuovo Consiglio nelle persone dei dottori Umberto Monaco, Guido Liebman, Augusto Lugli e Giacinto Fornaca. Il Sindacato, da parte sua, ha designato, come per legge, gli on. proff. Amedeo Perna ed Ermanno Fioretti, il dott. Nicola Trulli ed il dott. Giuseppe Grossi.

Bologna. — Ha avuto luogo l'insediamento del nuovo Consiglio. Il Commissario Straordinario sen. prof. Giacinto Viola, assistito dai membri prof. Beretta, dott. Capellini e dott. Francesconi, ha rivolto il saluto al nuovo Presidente nominato da S. E. il Prefetto nella persona del prof. comm. C. F. Zanelli, nonchè ai neo-consiglieri, dottori Capellini, Cenni, di Mento, Fabi, Francesconi, Jasonni e Moreschi; e ha riassunto quindi l'opera svolta dalla Commissione Prefettizia durante il periodo del suo funzionamento.

Firenze. — Il prof. Cavallaro entra nel Consiglio di Amministrazione quale rappresentante del Sindacato Medico.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Medico primario pediatra; al 31 ott., ore 17; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,05; 4 anni di effettivo servizio in R. Clinica pediatrica o grande Ospedale; doc. a 3 mesi dal 17 sett.; 2 anni di prova.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Il concorso a primario radiologo dirigente l'Istituto Fisioterapico è sospeso.

BRINDISI. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio L. 13.500 aumentabile di un decimo al termine del 3°, 6°, 9°, 14° e 19° anno dalla nomina. Indennità servizio attivo L. 3500 ed il 30 % sui proventi delle ricerche ed analisi a pagamento. Scadenza 30 ottobre. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministraz. Provinciale.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). *Ospedale di Circolo.* — Scad. 31 ott.; medico primario; L. 11.000 oltre competenze a tariffa per cure a paganti. Chied. avviso all'Ufficio amministrativo.

CANDELA (*Foggia*). — Scadenza ore 13 del 10 ottobre. Rivolgersi Segreteria.

CASTEL DEL RIO (*Bologna*). — A tutto 15 ott.; età lim. 35 a.; irreprensibile condotta polit.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 14 sett.; stip. L. 8800 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; L. 3000 cav.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Il termine per la presentazione delle domande pel concorso al posto di Ufficiale Sanitario nei comuni di Aci S. An-

tonio, Calatabiano, Fiumefreddo di Sic., Gravina di Cat., Mascalucia, e Motta S. Anastasia, è prorogato al 20 ottobre, ferme restando le altre condizioni stabilite nel precedente avviso del 27 luglio 1929.

GENOVA. *Comune.* — Medico batteriologo assistente; L. 14.500 e 10 bienni di L. 450, c.-v.; età lim. 35 a.; scad. 15 nov. Rivolgersi Ufficio Personale.

LAVIANO (*Salerno*). — Per titoli. Scadenza 20 novembre. Per chiarimenti circa stipendio ed altre modalità del concorso, rivolgersi alla Segreteria Comunale.

MASSA MARTANA (*Perugia*). — Scad. 15 ott.; due condotte; L. 8000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 500-2000-4000 trasp.; tassa L. 50.

MATERA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per 18 comuni; L. 3000-4000; scad. 1° nov.

MONZA. *Ospedale Umberto I.* — Chirurgo primario; al 30 ott., ore 18; titoli ed eventualmente esami; nomina e conferme quinquennali; lire 10.000, oltre partecipazione introiti; età lim. 40 a.; doc. a 90 gg. dal 12 sett.

NOVI DI MODENA (*Modena*). — Scad. 10 ott.; 3ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; addizionale L. 2 oltre i 100 pov., fino a L. 1000; trasp. L. 600-2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ORTE (*Viterbo*). — Chirurgo-Direttore degli Ospedali Uniti. Stipendio iniziale lordo L. 18.000, aumentabile di un decimo sullo stipendio base ogni quadriennio e per quattro quadrienni. Diritto al 50 % degli onorari sulle prestazioni operatorie sia all'Ospedale che all'Ambulatorio. Scadenza ore 12 del 4 novembre. Per ulteriori chiarimenti sui documenti ecc. rivolgersi alla locale Segreteria degli Ospedali Uniti.

ORTEZZANO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 10 ott.; con Monterinaldo; L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Scad. 20 ott.; lire 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 cavalc., c.-v.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — La *Gazz. Uff.* del 13 sett., N. 214, pubblica il bando di concorso per esami a 10 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe nella Amministrazione della Sanità Pubblica. Le domande di ammissione, corredate di tutti i documenti prescritti, dovranno pervenire al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) entro due mesi dalla data suddetta. Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alle Prefetture del Regno.

ROMA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Ispettore generale. Proroga ore 19 del 20 ottobre. Vedi N. 38.

SAN MINIATO (*Firenze*). — L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre trasp. e c.-v.; tassa L. 50,15; età lim. 35 a. Scad. 19 ott.

S. ELIA FIUMERAPIDO (*Frosinone*). — Scad. 11 ott.; 2ª cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2400 cav.

S. STINO DI LIVENZA (*Venezia*). — Scad. 20 ott.; 1° reparto; L. 9000, c.-v., trasp.; L. 1400 se uff. san. comprensive trasferte.

SERRADECONTI (*Ancona*). — A tutto 15 ott.; ab. 3700; L. 9000 per 1/4 della popolaz.; addizion. L. 3; 5 quadrienni dec.; L. 3000 trasp.; c.-v.; L. 700 uff. san.; tassa L. 50,15; buona condotta politica; doc. a 3 mesi dal 12 sett.; serv. entro 40 gg.

TERRAGNOLO (*Trento*). — Scad. 30 ott.; ab. 2443; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indennità di via, L. 3000 cavallo, L. 950 uff. san.; abitazione gratuita; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

TORINO. *Brefotrofio Provinciale* (Ospizio Provinciale per gli Esposti ed Infanzia abbandonata). — Direttore sanitario; L. 10.000 e 3 trienni dec.; scad. 16 ott. Almeno 4 anni quale direttore sanitario o medico primario di Brefotrofio in città capoluogo di provincia. Rivolgersi all'Amministrazione (piazza Castello 9).

TORRITA TIBERINA (*Roma*). — A tutto il 3 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 400 uff. san.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50,15; chiedere annunzio.

TRAPANI. *Municipio.* — Medico scolastico; a 30 giorni dal 15 sett.; L. 10.000; 3 quadrienni e 3 quinquenni di L. 850; età lim. 35 a.; tassa lire 50,10; titoli ed esami; 2 anni di prova; chiedere annunzio.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Concorso per un Manuale di Igiene della fanciullezza.

La Reale Società d'Igiene di Milano (Sezione dell'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene) a nome e per incarico della Cooperativa Farmaceutica di Milano apre un concorso tra i medici italiani per un Manuale d'Igiene della Fanciullezza intesa dall'ottavo al quindicesimo anno di vita.

Il Concorso è stato dotato di un unico premio di L. 5000. Il lavoro dovrà essere di mole non eccessiva, e cioè all'incirca di 200 pagine di formato in 16°. Nel Manuale dovranno trovare adeguato svolgimento tutti gli argomenti riguardanti lo sviluppo del ragazzo, l'alimentazione, il vestiario, l'istruzione, l'educazione fisica e psichica, i giuochi, lo sport, i pericoli del tabacco e dell'alcool; i problemi della vita sessuale; l'orientamento professionale e la scelta del mestiere o dell'indirizzo di volontà, le eventuali deficienze intellettuali e morali e i provvedimenti più indicati a ripararvi, ecc., ecc. Il Manuale dovrà essere scritto in forma piana, semplice, attraente, comprensibile anche alle persone di coltura modesta; non dovrà essere un lavoro meramente espositivo, ma una guida chiara e precisa che dovrà servire a genitori, insegnanti, direttori di istituti, fiduciari di associazioni nazionali, ecc., per il razionale allevamento fisico e la preparazione morale delle nuove generazioni d'Italia.

I lavori destinati al Concorso dovranno essere inediti.

I concorrenti dovranno inviarli, in almeno tre esemplari dattilografati, a mezzo raccomandata, oppure consegnarli direttamente alla Sezione Editoriale della Cooperativa Farmaceutica in Milano (113), via Passione, 8 non più tardi delle ore 12 del giorno 31 dicembre 1929.

Il nome dell'autore dovrà essere presentato contemporaneamente, in busta suggellata e contrassegnata con un motto che sarà ripetuto sul manoscritto.

Premio Alberto Michelangelo Luzzatto.

L'Amministrazione dell'Arcispedale S. Anna di Ferrara porta a conoscenza che, presso la sua sede (Corso Giovecca, n. 203), ad onorare la memoria del compianto prof. A. M. Luzzatto, è istituito un premio di L. 2000, da conferire ogni due anni, all'autore di un lavoro o di un gruppo di lavori, su temi liberamente scelti nel campo della Clinica o della Patologia, che sarà riconosciuto più degno da apposita Commissione giudicatrice.

I lavori devono: *a*) essere presentati a stampa; *b*) costituire, almeno prevalentemente, il risultato di studi e di ricerche compiute nel Laboratorio che si intitola al nome del prof. Luzzatto, da lui fondato e già diretto; *c*) portare tale indicazione; *d*) essere pubblicati da non oltre un biennio, dalla data di chiusura del concorso.

Possono aspirare al premio tutti i medici chirurghi e gli studenti di medicina, ad eccezione dei medici primari di Ospedale e dei professori titolari, aiuti o assistenti di Università.

Il concorso per il corrente biennio scade il 31 marzo 1930.

Gli aspiranti devono presentare istanza, in carta bollata da lire due, all'Amministrazione dell'Arcispedale e unire quattro esemplari del lavoro o dei lavori, insieme con i documenti atti a provare: 1) che l'aspirante ha i requisiti sovra indicati; 2) che i lavori prodotti costituiscono, almeno prevalentemente, il compendio di studi e di ricerche attuati nel Laboratorio prof. A. M. Luzzatto.

Eventuali chiarimenti saranno forniti, a richiesta, dalla Segreteria dell'Amministrazione ospitaliera, ove è visibile lo statuto del premio di studio.

Fondazione Piero Puricelli.

È istituito un premio di L. 1250 (milleduecentocinquanta) per la migliore tesi di laurea compiuta nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Milano. Potranno concorrervi gli studenti laureandi in medicina e chirurgia della R. Università di Milano, che abbiano frequentato come interni la Clinica delle malattie nervose e mentali della Università stessa.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Ambrogio Bertarelli.

Presso la R. Università di Milano è indetto il concorso ad un posto di perfezionamento a favore di un cittadino italiano laureato in medicina e chirurgia da non più di cinque anni. Il vincitore del concorso avrà funzione di medico praticante interno e dovrà prestare l'opera sua per un anno solare presso la Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Milano, sarà tenuto ad esplicare attività scientifica. A parità di merito sarà data la preferenza a chi già appartenga alla suddetta Clinica od all'Ospedale Maggiore di Milano. È in facoltà del direttore della Clinica di usufruire di detta borsa anche per inviare il vincitore, a scopo di studio speciale, in altra clinica nazionale od estera, nel qual caso potrà essere diminuito il tempo di godimento del premio. Il vincitore godrà di un premio di lire cinquemila, che sarà corrisposto in rate trimestrali, posticipate, dietro presentazione di attestato di approvazione del direttore della Clinica presso la quale compie la pratica. Rivolgersi alla Segreteria (Corso Roma, 10).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Italo F. Volini è nominato professore di clinica medica alla Scuola Medica dell'Università Loyola di Chicago, in sostituzione del dottor Charles L. Mix, dimissionario e nominato emerito.

Il dott. William E. Gallie è nominato professore di clinica chirurgica alla Facoltà Medica dell'Università di Toronto (Canadà).

Il dott. John Farquhar Fulton jr. è nominato professore di fisiologia alla Scuola di Medicina dell'Università Yale, del Connecticut, a partire dal 1° luglio 1930. Il neo-professore non ha ancora 30 anni.

Il dott. James L. McCartney è nominato capo della Sezione d'Igiene mentale presso l'Ufficio Statale d'Igiene del Connecticut.

Il corpo accademico dell'Università Johns Hopkins di Baltimora ha eletto decano il sig. Edward Wiber Berry, il quale non è laureato nè fornito di grado accademico *ad honorem*, ma ha acquistato una solida fama di scienziato nel campo della paleontologia. Questa nomina vuol essere un simbolo: avvalorare l'auto-didattismo, il quale può condurre ai risultati più notevoli, fuori delle vie battute dalla maggioranza nelle scuole. Il Berry, già commerciante e giornalista, si dedicò poi ai suoi studi preferiti; nel 1907 fu nominato assistente e d'allora occupa tale modesta posizione ufficiale.

NOTIZIE DIVERSE.

L' " Ospedale al mare „ sul Lido di Venezia.

Non esiste in Italia un'opera assistenziale di tanta imponente struttura e di così perfetta organizzazione, che possa paragonarsi a quella di cui si vanta con giustissimo orgoglio il Lido di Venezia. Sulla più bella spiaggia del mondo, che ospita ogni anno nei suoi lussuosi alberghi i più sonanti nomi dell'aristocrazia del sangue e della ricchezza, è sorto nel giro di pochi anni, al posto di un vecchio e disadatto edificio, un complesso imponente di nuovi fabbricati che riunisce nella denominazione generica di *Ospedale al Mare*, varie istituzioni: le Opere Pie riunite, l'Ospizio Marino Veneto, l'Educatorio Rachitici « Regina Margherita ».

Da oltre quarant'anni la benefica impresa è viva, ma soltanto nell'ultimo quadriennio ha potuto fiorire e svilupparsi con tanto suggestiva imponenza. Trasferita dall'antica sede in un'area di 96.000 mq., aperta su 350 metri di fronte, cinta da un vasto terreno boschivo, comprende numerosi padiglioni costruiti secondo i concetti più moderni della tecnica ospedaliera, perfettamente orientati, arieggiati, luminosi e culminanti con vaste terrazze e una serie di grandi fabbricati in cui si svolgono vari servizi.

Se ne può apprezzare la destinazione tenendo presente il carattere sempre più definitivo che l'Istituto va prendendo come Ospedale per cure permanenti di ammalati clinici e climatici, i quali vengono inviati anche durante il periodo invernale.

Durante il 1928, vennero costruiti il *Padiglione dei Gabinetti scientifici*, che ospita l'ambulatorio, i gabinetti radiologico e fotografico, l'archivio fotoradiologico, la sala operatoria, una stanza per i gessi, una d'isolamento, i gabinetti micrografico e batteriologico; il *Padiglione Mario Marinoni* destinato in parte a ricreatorio e in parte a infermerie e a terrazze per la cura elioterapica; i due padiglioni gemelli, intitolati al *Lanificio Rossi* e a *V. E. Marzotto-Lanificio Valdagno* che sono ad un piano con bellissimi dormitori, refettori, stanzette per il personale.

Una vera rivoluzione si è iniziata nel 1928, man mano sviluppatasi nel campo assistenziale circa la degenza dei malati. Le direttive del movimento furono tenute dall'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia che svolge una santa crociata contro la tubercolosi e per la rigenerazione della razza.

Malgrado i suoi padiglioni, capaci di oltre 2000 posti-letto, l'Ospedale al Mare è ben lontano, durante l'estate, dalla possibilità di ricevere tutti gli ammalati che aspirano ad esservi accolti.

Ma non sono le altissime quote di presenza raggiunte in luglio ed agosto, quelle che per l'Istituto hanno maggiore importanza. Sono invece molto significative le quote raggiunte nei mesi invernali: è la media giornaliera di 656 presenze accertate nell'ultimo trimestre 1928 in confronto della media di 282 presenze accertate nello stesso trimestre 1927.

Nel 1928, l'Istituto potè registrare un totale di 304.000 presenze, ospitando bambini che provenivano da oltre ottanta residenze, in confronto delle 233.223 presenze del 1927.

Un numero così ragguardevole di ricoverati determinò a risolvere il problema della Scuola. È stata pure curata dall'Istituto la educazione fisica. Ma la salutare altissima funzione medica dell'Istituto ne costituisce il pregio più notevole.

Ambulatori neuro-psichiatrici nella provincia di Roma.

A cura del Commissario straordinario per la provincia di Roma, prefetto Umberto Ricci, assistito dal prof. Augusto Giannelli, direttore dell'Ospedale psichiatrico di S. Maria della Pietà, sono stati istituiti, nei principali centri della provincia, degli ambulatori per malattie nervose e mentali: a Roma, Civitavecchia, Gaeta, Palestrina, Terracina, Velletri, ecc. Essi sono destinati all'esame gratuito dei colpiti da disturbi nervosi e psichici lievi od iniziali, così da provvedere a trattamenti tempestivi; alla cura preventiva dei nati da anormali psichici; alle visite prenuziali di soggetti tarati del sistema nervoso, così da impartire loro consigli e direttive utili; all'assistenza post-manicomiale, che ha lo scopo di evitare ricadute e complicazioni, alleggerendo i còmpiti del Manicomio provinciale e raggiungendo anche le zone rurali.

Centro di studi sulla fangoterapia e Clinica ad Acqui.

L'8 settembre si è riunito il Comitato di Consulenza delle Terme di Acqui sotto la presidenza del prof. Mario Donati.

Erano intervenuti i proff. G. Acconci, U. Calamida, D. Cesabianchi, I. Clivio, A. Ferrata, A. Pasini, N. Pende, G. Viola.

Dopo il saluto del Podestà e del presidente della Società che ha assunto ora per quarant'anni dal Comune di Acqui, la concessione della Stazione Termale, il prof. Donati espose ampiamente il programma d'innovazione di studi che, d'accordo col prof. Micheli, si è iniziato presso le Terme per dare alla Stazione Termale di Acqui, insieme al maggior sviluppo edilizio che ora assumerà, un rinnovato indirizzo scientifico.

L'azione della fangoterapia sarà oggetto di un esame scientifico, sia nei riguardi della casistica clinica, che più ne risente vantaggio, sia nei riguardi del meccanismo intimo d'azione della fangoterapia stessa. Gli studi sono iniziati e si è addivenuti già all'istituzione di laboratori modernamente attrezzati con indirizzo biochimico.

Degli intervenuti parlò prima il prof. Viola: si congratulò che la Stazione Termale si prepari ad offrire la possibilità di studiare bene gli ammalati e di dar modo che sia utilizzato un materiale di studio così numeroso ed interessante anche dal punto di vista clinico.

Il prof. Clivio ricordò poi le applicazioni assai vantaggiose della fangoterapia nel campo ginecologico. Il prof. Pende parlò sulla possibilità di una fangoterapia anche in malattie interne fin'ora non trattate. Il prof. Ferrata fece rilevare le possibilità di studio di varii problemi riflettenti le affezioni articolari, esponendo alcuni indirizzi recenti. Il prof. Pasini, come altri oratori, svolse il concetto dell'opportunità che nella Stazione Termale vi sia la possibilità di un trattamento medico clinico completo tenendo anche conto che molte delle affezioni presentano alterazioni del ricambio.

Dopo una breve discussione si stabilì la fondazione presso le Terme di Acqui, di un Centro di Studi sulla Fangoterapia con annessa Clinica, plaudendo alla Società delle Terme per l'iniziativa di dare una larga base scientifica alla Stazione Termale.

Consorzio di due Enti a Napoli.

Con Decreto dell'Alto Commissario di Napoli venivano uniti in consorzio le due importanti Istituzioni: « Asilo Vittorio Emanuele III » e « Asilo Tropeano », pel migliore coordinamento delle loro comuni finalità. Il Consorzio comprenderà, in un prossimo avvenire, tutte le altre istituzioni congeneri cittadine.

La demanializzazione delle fonti Levico-Vetriolo.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento per la demanializzazione delle Fonti di Levico-Vetriolo.

Il provvedimento tende a riportare quella celebrata stazione termale allo splendore raggiunto prima della guerra; è altresì diretto a sollevare il comune di Levico dalle passività incontrate per riscattare l'azienda dal capitale straniero ed a dare alle popolazioni del Trentino una prova della sollecitudine che il Governo Fascista pone nel conservare e nel valorizzare le loro risorse naturali.

Le colonie estive pei figli d'italiani all'estero.

I piccoli italiani ospiti d'Italia dal giugno al settembre ammontarono al numero complessivo di 13.829 (lo scorso anno ne erano affluiti 7200); sono venuti da 27 Stati diversi di quattro continenti; 3200 giovanetti di età superiore ai 15 anni hanno partecipato ai campeggi montani e al mare dell'O. N. B. I bimbi e le giovinette sono stati ospiti nelle colonie dei Fasci femminili e in alcune colonie di comuni e di grandi città.

Ecco la statistica delle provenienze: Albania 160, Austria 290, Belgio 150, Bulgaria 60, Cecoslovacchia 80, Francia 6185, Germania 450, Inghilterra 260, Malta 90, Grecia 345, Lussemburgo 435, Monaco 303, Colonia 40, Portogallo 25, Romania 180, Uris 60, Dalmazia 509, Spagna 80, Svizzera 1890, Turchia 20, Ungheria 85, Algeria 80, Egitto 609, Marocco 180, Tunisia 730, Siria 60, Stati Uniti 204.

18° Congresso italiano delle Scienze.

Il 23 corr. si è chiuso a Firenze il 18° Congresso della Società Italiana per il progresso delle Scienze, con un elevato discorso dell'on. prof. Alberto Blanc. Il prossimo Congresso si adunerà a Trento.

Tra i temi a Sezioni riunite segnaliamo: « Lotta antimalarica e bonifica integrale », svolto dal prof. Dante De Blasi; nella classe B: « Leggi fisiche e teoria biologica » (G. Brunelli); « Concezioni biologiche nel Rinascimento italiano » (A. Castiglioni); « L'orecchio e il senso dello spazio » (G. Bilancioni).

18° Congresso italiano di Pediatria.

Si è svolto negli scorsi giorni a Torino. L'inaugurazione ebbe luogo il 23 sett., nell'aula magna della R. Università; alla cerimonia assistettero le autorità politiche, cittadine e militari, numerosi pediatri e personalità mediche.

Daremo in un prossimo numero il resoconto dei lavori.

8° Congresso della Società romena d'oto-rino-laringologia.

Si svolgerà dal 26 al 28 ottobre, nel grande anfiteatro dell'Ospedale Colteo, sotto la presidenza del dott. Oresco; tema: « La cefalea rinogena »; relatori Costinin, Ezetzon e Buzoiano. Rivolgersi al segretario generale, dott. L. Mayersohn, caleo Mosilor 81, Bucarest I, Rumania.

Al Congresso internazionale di Oftalmologia.

Nella notizia data sul Congresso internazionale di Oftalmologia adunatosi ad Amsterdam, tra i nomi degli oculisti italiani intervenuti, omettemmo quelli dei proff. de Rosa e de Vincentiis, di Napoli, che parteciparono fattivamente all'importante convegno scientifico, comunicando il primo su ricerche chimico-fisiche sul vitreo ed il secondo su di una nuova metodica di esplorazione minuta del campo visivo.

Giornate mediche d'Évian.

Hanno avuto luogo il 14 e il 15 settembre, riportando un grande successo: i partecipanti superarono il numero di 600. L'importanza della riunione venne accresciuta dal fatto che essa coincideva quest'anno con il 22° viaggio di studî medici (V. E. M.), il quale si è chiuso appunto ad Évian. Unico tema delle relazioni e comunicazioni fu « L'azotemia e l'ipertensione »: esso ha importanza notevole per quella stazione idrologica e climatica; relatori furono Lemierre, Roch, Halls Dally e Laubry.

Alla Facoltà medica di Vienna.

È imminente il ritiro del clinico chirurgo A. Fränkel, il quale ha raggiunto l'età limite (che per i paesi tedeschi è di 70 anni) e sta ora facendo l'anno d'onore. La perdita dell'insigne cancerologo sarà molto sentita dalla facoltà.

Anche gli altri due clinici chirurgi, Eiselsberg e Hochenegg, i quali hanno compiuto 25 anni di insegnamento, non hanno più avanti a loro che una brevissima carriera.

Il ritiro volontario di Wenckebach prima che fosse raggiunto dai limiti d'età lascia disponibile la cattedra di clinica medica illustrata dal valente cardiologo.

Alla cattedra di clinica psichiatrica, dopo il ritiro di Wagner-Jauregg, è stato chiamato da Praga il prof. Otto Poetzl.

Sono state create due nuove cattedre: chirurgia dei denti e delle mascelle (stomatologia), affidata al prof. Richler; e chimica medica, affidata al prof. von Fürth. Dopo la morte di Paltauf, avvenuta nel 1924, è rimasta scoperta la cattedra di patologia sperimentale.

Nelle Facoltà mediche dell'Argentina.

La Facoltà medica di Rosario ha istituito l'insegnamento di storia della medicina e l'ha affidato al dott. Ricardo Caballero.

Alla Facoltà medica del Litorale, la quale è un ramo della precedente, sono state soppresse le due cattedre di terapia e di clinica terapeutica; al loro posto è istituito l'insegnamento della farmacologia, affidato al prof. Enrique Hug. È il primo insegnamento del genere in Argentina.

A decano della Facoltà medica di Buenos Aires è stato eletto il prof. Julio Gribarne, il quale aveva già coperto la stessa carica.

Deficienza di dentisti in Inghilterra.

Alla Conferenza annua della « Britisth Dental Association », tenuta nell'Università di Birmingham, sir Gilbert Barling, prorettore dell'Università, mise in luce l'attuale deficienza di dentisti in Inghilterra. Essa sarebbe tanto più grave, in quanto il popolo inglese dimostra una scarsa resistenza del sistema dentario e in quanto è ormai provato che attraverso le lesioni dentarie penetrano varie malattie infettive a localizzazioni varie, come le endocarditi. L'oratore crede che l'attuale corso di studi per conseguire il diploma di dentista sia troppo lungo e gravoso e che, nell'interesse della società, converrebbe ridurlo e semplificarlo, così da attrarre un maggior numero di studenti.

Una campagna per gli esami medici periodici negli Stati Uniti.

Le cinque società mediche di New York hanno stabilito di promuovere una campagna che si svolgerà durante il mese di novembre prossimo, a favore degli esami medici periodici.

All'uopo è stato costituito un comitato, presieduto dal dott. A. J. Rongy.

Il Comitato si varrà del concorso delle scuole, dei cinematografi, dei teatri, della radio, della stampa, dei corpi religiosi, di Enti pubblici od a finalità sociali. È preventivata una spesa di circa 10.000 dollari.

Le pellicole al nitrato di cellulosa vietate a New York.

Una Commissione nominata dal Governatore di New York, in seguito al disastro di Cleveland, per studiare l'impiego delle pellicole al nitrato di cellulosa nella roentgenologia, ha raccomandato che fosse vietato addirittura tale impiego. Questo voto è stato approvato dal Consiglio di igiene pubblica dello Stato.

Pertanto il Codice Sanitario è stato modificato, introducendovi la regolazione n. 17 che è andata in vigore col 1° settembre e che dice: « La vendita o la distribuzione di pellicole al nitrato di cellulosa per l'impiego dei raggi X è d'ora in poi vietata ».

Protezione dalle pellicole radiologiche in Inghilterra.

Il Comitato inglese per la protezione dai raggi X e dal radium si è adunato a Londra, sotto la presidenza di sir Humphrey Rolleston, in seguito al disastro di Cleveland, ed ha dettato delle norme dirette a ridurre i pericoli derivanti dalle pellicole radiografiche.

Tra l'altro ha stabilito che, se le pellicole devono essere accumulate in gran numero, si destinerà ad esse un edifizio speciale; dove sono accumulate delle pellicole, deve essere vietato di fumare e di accendere o portare delle fiamme; in ogni caso l'immagazzinamento dev'esser fatto in modo da ridurre al minimo i pericoli d'incendio: per es. ben chiuse, non ammassate, ma in custodie a prova d'aria.

Raccolte di pellicole radiologiche.

La Società Roentgen di Chicago ha approvato un ordine del giorno secondo cui le raccolte di pellicole devono ridursi al minimo, poichè importano spesa notevole per i locali e per l'assicurazione e fanno correre gravi rischi. I reperti roentgenologici fanno sempre oggetto di descrizioni e di relazioni; quindi appare superflua la documentazione di tutti i casi, per durate superiori ai sei mesi. I roentgenologi devono fornire le pellicole ai medici che vi avessero speciale interesse, invece di conservarle.

Esplosione in un ospedale.

Nella sala operatoria dello Spencer Hospital a Wynnard in Tasmania si è prodotta un'esplosione dello sterilizzatore, il quale era riscaldato mediante una stufa a gasolina. Le pareti ed il pavimento della vasta sala furono schiantati e tutti i vetri rimasero rotti; per una circostanza fortunata, non si deve deplorare nessuna vittima.

Infortuni di sanitarî.

Il dott. Negali, medico italiano che esercita con successo la professione a Nemur (Belgio), ex-combattente, è stato assalito e percosso da una turba di facinorosi antifascisti, che gli produssero lesioni varie e l'asportazione quasi completa del padiglione dell'orecchio destro.

Al valente collega esprimiamo il nostro rammarico e la nostra solidarietà.

Autolesionisti.

Dietro denunzia della Società Anonima Assicurazione e Riassicurazione « San Giorgio », sono stati tratti in arresto a Roma venti individui responsabili di truffe ai danni della suaccennata società col sistema dell'autolesione.

All'apogeo dell'attività scientifica, in età di 56 anni, la morte ha colpito il prof. ALESSANDRO MAXIMOW, che occupava un posto dei più eminenti tra gli ematologi.

Egli ha specialmente indagato il vasto e complesso problema della genesi delle cellule sanguigne, valendosi dapprima di metodi istologici, poi di metodi sperimentali: trapianti di tessuti emopoietici e coltivazioni *in vitro*. Egli divenne il capo della scuola unitaria, secondo cui tutte le cellule sanguigne hanno origine comune.

Nel 1903 era stato nominato professore d'istologia ed embriologia all'Accademia militare di medicina in Pietroburgo. Durante la guerra e dopo, nelle condizioni più sfavorevoli, continuò a compiere ricerche e accumulare osservazioni, col concorso di allievi e collaboratori; nel 1922 trasportò a Chicago la sua attività scientifica e la sua famiglia, aggruppando una nuova squadra di studiosi. Aveva da poco licenziato la sua grande opera « Tessuto connettivo e tessuto emopoietico », il quale fa parte del trattato di Von Möllendorff. Lascia anche un Manuale d'istologia, in russo, molto apprezzato; preparava un Nuovo Manuale d'istologia, in inglese, ma non ha potuto ultimarlo.

P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Quaderni Psichiatria, 5-6. — CANZAMALLI. Biofisica cerebrale.

Journ. Nerv. Ment. Diseas., ag. — ELLIOTT e HOGEN. Siringomielia. — CLARK. Istituto psicoanalitico e analisi dei profani. — BRUNSWICK. L'analisi di un caso di paranoia.

American Med., lug. — TOWY. La mobilizzazione precoce dopo le operazioni addominali. — BASSIER. Infez. paratifica cronica.

Rev. Espan. Med. y Cir., ag. — VILLACIAN. Le forme sensitive del reum. vertebrale osteopatico. — BANNELOS. Riflesso-terapia nasale.

Ned. Tijd. v. Geneesk., 10 ag. — L'istologia al servizio della clinica per la diagnosi di tumori maligni.

Norsk Mag. f. Laeger., ag. — DAHL. Ricerche sulla gastrite cronica.

Med. Klinik, 9 ag. — HERMANNSDORFER. Influenza di speciali diete sulle forme gravi di tbc. — MOLL. Questioni mediche sul soggiorno dei bambini in montagna od al mare. — DWORZAK. Il trattam. dell'app. acuta in gravidanza.

Acta Venereo-Derm., n. 3. — BRAUDE e SARCHI. La sierosi non parassitaria. — PERKEL e TARSIS. Sintomi meningei dopo la puntura lombare.

Münch. Med. Wochen., 9 ag. — FRIEDEMANN. Topodiagnostica batteriologica delle sepsi. — HAMBARGER. Il lavoro muscolare nel trattam. del diab. infantile. — SCHWARZMANN. Nuovi orientamenti nella cura dell'angina pectoris.

Riv. Ital. della tbc., 30 lug. — CORSONELLO. La cura della tbc. polm.

Med. Welt., 10 ag. — OPPEL. La chirurgia delle ghiandole endocrine. — BLENKE. I dolori al ginocchio nelle affezioni al piede ed all'anca.

Wiener Klin. Woch., 8 ag. — GOLDHAMER. Röntgenologia ed anatomia. — MIKULOWSKI. L'uso dell'ossigeno in terapia infantile.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 ag. — MARSH. La dissenteria bacillare.

Lancet, 10 ag. — HILL. Esperimenti sulle rane e sull'uomo. — MCDONAGH. Asma e febbre da fieno.

British Med. Journ., 10 ag. — SCOTT WARTHEN. Lesioni della sifilide latente. — WYNNE ed altri. La propaganda per la salute.

Gazz. Osp. e Clin., 11 ag. — MARGRETH. Complicazioni meningee ed endocardiche nel paratifo A. — DELLA VEDOVA. Patologia e terapia dell'orecchio.

Journ. Am. Med. Assoc., 27 lug. — JECK. Il trattamento moderno della blenorragia. — HAMELL. L'enuresi. — SHIPMAN. Tub. industriale.

Bull. Med., 10 ag. — Scelta di metodi per il trattam. delle pleuriti purulente.

Acad. de Méd., 30 lug. — MARINESCO ed altri. Tossicità degli alcool etilico e metilico. — REGNIER. Il potere anestesico della cocaina e dei principali succedanei.

Presse Méd., 10 ag. — SIVORI, REBAUD e MENNITI. L'enzimoreazione. — RICARD. La gastroenterostomia nel trattamento delle ulceri duodenali perforate.

Folia Medica, 30 lug. — AIELLO. La costituzione nella corea e tetania. — GOGLIA. La tbc. senile.

Riv. di Clin. Ped., ag. — DARDANI. Cura dell'empiema nell'infanzia. — BENVENUTI. Encefalomielite e vaccinaz. jenneriana.

Clin. Chir., giu. — ROSSI. Litiasi silente del coledoco. — QUARELLA. I vari metodi di anestesia chirurgica.

Min. Medica. — DE CANDIA. Bradicardia permanente di difficile interpretaz. — VOGEL EYSERN. La rarefazione dell'ossigeno come principio terap.

Gaz. Hôp., 10 ag. — TISSIER e DE SÈZE. Nevrassite acuta e gravidanza.

Morgagni, 4 ag. — CARBONARA. Milza soprannumeraria. — JANNONI. La diagnosi dell'echinococcosi.

Rivista Terap. Mod. e Med. Pratica, Milano, settembre 1929. — Lavori premiati al Concorso Rivendicazioni scient. italiane — Idrologia e Climatologia — Iconografia Medica Italiana — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 14 Ottobre 1929 Num. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il trattamento dietetico della tubercolosi.

Una comunicazione di A. Hermannsdorfer su questo argomento fatta il 3 luglio u. s. alla Società medica di Berlino ha suscitato grande scalpore nei paesi di lingua tedesca. Se ne è impadronita la stampa politica, ne hanno parlato i settimanali illustrati e, dal primo comunicato scientifico che esponeva semplicemente i risultati ottenuti, la notizia si è venuta colorando fino a diventare sensazionale, quasi che si potesse ormai considerare risolto il problema della guarigione della tubercolosi. Illusione evidentemente destinata a generare una ben amara disillusione e che giustamente F. Sauerbruch (1) deplora, osservando che, se i *sorprendenti* risultati ottenuti non possono essere messi in dubbio, sono necessari ancora studi e prove per arrivare alla sistematizzazione di questo metodo.

Il quale non è del tutto nuovo ed è già stato oggetto di precedenti pubblicazioni e discussioni. Indipendentemente gli uni dagli altri, F. Sauerbruch ed i suoi collaboratori, specialmente A. Hermannsdorfer, da un lato, ed un medico pratico, M. Gerson, dall'altro, avevano fatto in proposito delle osservazioni che collimavano e, da circa quattro anni, hanno iniziato un lavoro in comune, di cui esposero i primi risultati alla Riunione dei medici bavaresi, tenutasi in Monaco nel 1926.

I FONDAMENTI PRATICI E TEORETICI.

I primi tentativi di Gerson sono stati fatti su se stesso, per la guarigione di un'ostinata emicrania che lo tormentava. Buoni risultati egli ottenne anche in altri individui sofferenti di emicrania, mentre in pazienti pure affetti di emicrania ottenne anche la guarigione delle lesioni di lupus e di tubercolosi ossea. Da ciò, il tentativo di applicare il sistema anche ad altri tubercolotici, adattandolo e modificandolo opportunamente (2).

Hermannsdorfer, poi, mise in rapporto i risultati di Gerson con le osservazioni fatte particolarmente nella clinica di Sauerbruch sull'influenza della dieta nella guarigione delle ferite. Dalle ricerche sperimentali, si rileva che la somministrazione di una certa quantità di albumina diminuisce la sensibilità alle infezioni; d'altra parte, è noto che i grassi ed i

(1) Münch. Med. Wochens., 16 agosto 1929.

(2) Medizinische Welt, 14 sett. 1929.

lipoidi aumentano la resistenza, mentre una alimentazione eccessivamente ricca in idrati di carbonio favorisce la diffusione del processo tubercolare.

Ultima, ma essenziale osservazione, di dominio principalmente chirurgico, si è che dal contenuto in acqua dei tessuti dipende in gran parte la predisposizione alle infezioni, sicchè l'infiammazione e la suppurazione delle ferite possono combattersi col disseccamento dei tessuti. Con la limitazione della quantità di sale nella dieta (3), si può limitare il contenuto in acqua dei tessuti, specialmente nel poppante. Czerny e Finkelstein poterono in tal modo disseccare e portare a guarigione degli eczemi umidi e delle suppurazioni della pelle.

Ma lo studio e l'importanza del ricambio minerale non si limitano a questo. Se lo jone sodio attira l'acqua, invece quello potassio agisce deacquificando; quelli di calcio e magnesio hanno proprietà diuretiche, disseccanti, antiinfiammatorie e provocano acidificazione. Si hanno poi azioni reciproche e complesse. Lo spostamento dell'equilibrio acido-base dal lato acido agisce pure nel senso di deacquificare, mentre gli alcali tendono a dare edemi.

Di grande importanza per la lotta contro le infezioni sono anche le vitamine, le quali diminuiscono la sensibilità alle infezioni stesse, aumentano la forza di resistenza e favoriscono la guarigione delle ferite e delle fratture.

La dieta è caratterizzata da elevate quantità di grassi e di albumina, con relativamente pochi carboidrati; essa non tende affatto all'ingrassamento dei malati e, tostochè è raggiunto il peso normale, si limita la quantità degli alimenti.

In media, si danno giornalmente circa 3000 calorie, con 90 g. di albumina, 160 di grasso e 220 di carboidrati. Si deve rinunziare al sale ed ai condimenti, e si abbassa così di molto il contenuto in sodio. Con l'uso abbondante di legumi, insalate e frutta, si fornisce abbondantemente del potassio. Il calcio ed il magnesio vengono somministrati con una miscela di sali inorganici, allestita da Gerson che le dà il nome di « Mineralogen ». La sottrazione di sale da cucina e l'aggiunta di potassio e di alcali terrosi agiscono nel senso di sottrarre dell'acqua. Una parte degli alimenti vegetali ed animali viene somministrata allo stato crudo; in tal modo, si introducono vitamine, fermenti e catalasi. I diversi modi di cottura devono essere limitati al puro necessario.

LA DIETA NELLA PRATICA.

Hermannsdorfer (4) dà il seguente schema dietetico:

Alimenti proibiti. Sale da cucina, conserve di ogni specie, carni affumicate o drogate, salsiccie e prosciutto, pesci affumicati o salati, dadi di brodo od estratti, salvo quelli permessi (vedi in seguito).

Alimenti permessi limitatamente. Farine di ogni specie, pane senza sale, pane integrale, Pumpernickel (pane nero della Westfalia), spaghetti, maccheroni, preparati di Kufeke, biscotti. Zucchero, specialmente quello candito bruno, miele puro e genuino, lieviti irradiati, pepe, aceto, estratti di carne « Liebig » o « Dardex ». Birra, marsala, madera, malaga, vino rosso (come aggiunta alle vivande), caffè, tè, cacao.

Alimenti permessi. Carne fresca (circa 600 grammi alla settimana), visceri (cervello, fegato, polmoni, milza), pesci freschi. Latte (circa litri 1-1 1/2, al giorno, in qualunque forma (latte crudo se di provenienza sicura, latte acido, al cacao, in budini o con riso, panna, Kefir, formaggio senza sale, giuncata, ricotta).

Grassi (burro non salato, olio di uliva, strutto, lardo non salato).

Frutta, possibilmente cruda, ma anche cotta, marmellate, gelatine, succhi di frutta, limonate, mosto di mele, vini di frutta, mele arrostite.

Verdure, da non far bollire, ma soltanto passare a vapore. Somministrarne molte di crude, ed anche in forma di succhi, da aggiungere alle altre vivande. Pomidoro, carote, barbabietole, radicchi, patate, cavoli, cavolfiori, crauti dissalati, asparagi, crescione, indivia ed altre insalate, spinaci, piselli, fagioli, lenticchie, funghi, cetrioli, meloni, zucche.

Uova, anche in forma di *maionnaise, pudding*, ecc.

Riso (non sbramato), semolino, tapioca, fiocchi di avena e simili.

Condimenti. Tutte le erbe, maiorana, menta, cipolle, porri, aglio, rosmarino, basilico, radicchi, finocchio, mandorle, noci, prezzemolo, prugne, lievito nutritivo « Cenovis », senza sale, estratto vitaminico « Cenovis », senza sale, limoni, vaniglia.

Medicamenti. Olio di merluzzo fosforato (25 mg. di fosforo in 300 g. di olio), 45 g. al giorno. « Mineralogen »; 3 volte al giorno un cucchiaino da tè ricolmo, sciogliere in acqua mescolando con un cucchiaio di legno.

La *ripartizione dei pasti* può essere la seguente.

Ore 7. Una pappa o purée (circa 1/2 litro di latte, fiocchi di avena o riso o semolino, o tapioca, o simili). Mezzo uovo, un cucchiaino da tè di burro, zucchero candito, limone o cannella o vaniglia.

Ore 9. Caffè debole (principalmente di malto) con molto latte. Pane, burro, o marmellata o miele.

Ore 10. Frutta cruda o verdure crude, oppure un rosso d'uovo con succo di limone

(3) Su questo punto, richiama la priorità H. STRAUSS (Medizinische Klinik, 9 sett. 1929) che si dichiara fondatore della dieta ipoclorurata.

(4) Medizinische Klinik, 9 agosto 1929.

Ore 12 1/2. Colazione: minestra, un piatto frutta. Un cucchiaio da tè di « Mineralogen ».

Ore 16. Latte (cacao od un po' di caffè), pasticceria, o biscotti, burro o marmellata o pane e miele.

Ore 18 1/2. Cena: un piatto e frutta. « Mineralogen ».

Ore 20. Una pappa come al mattino. D'estate, si può dare del latte acido. « Mineralogen ».

Come si è detto, i cibi non devono essere cotti che appena il necessario, non mai riscaldati. Usare il più che possibile cibi crudi!

Una simile dieta richiede da parte del medico, dell'infermiera, della cuoca e del malato un'attiva collaborazione. Ma soprattutto la cucina deve essere all'altezza della situazione per potere rendere gustosa una dieta senza sale. Come buon consigliere in proposito, Hermannsdorfer consiglia, a tale scopo, un libriccino edito da A. Barth, di Lipsia: « Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser ».

CONTRASTI E RISULTATI.

A queste prescrizioni vennero mosse molte obbiezioni e la dieta venne da alcuni rifiutata, mentre da altri si ottennero buoni risultati, specialmente in sanatori di luposi. Il rifiuto, come osserva Hermannsdorfer, spesso trova la sua causa nella deficienza di tecnica e di organizzazione. Si possono ottenere dei successi soltanto a patto di avere amore per il malato e per la propria opera e mediante un'attiva collaborazione fra medico, infermiera e cuoca.

Un'obbiezione non infondata riguarda il costo elevato di questa dieta. Il principio fondamentale di usare sempre soltanto cibi di prima qualità e ben freschi innalza indubbiamente il prezzo della dieta, che può ritenersi della metà circa più alto che le consuete diete. Tale questione però, non può dirsi decisiva se il valore terapeutico ne è sicuro.

Secondo le osservazioni cliniche di Hermannsdorfer che ha trattato circa 300 malati di ogni forma e di ogni gravità, sarebbero davvero impressionanti i risultati che si ottengono nella tubercolosi delle parti molli, delle ghiandole delle ossa, della pelle. Rapidamente retrocedono i fenomeni infiammatori, scompare l'edema, si disseccano le ulceri e le fistole, si cicatrizzano i focolai.

Più difficile è il rilevare i successi terapeutici nella tubercolosi polmonare e, certamente, se si vuole ottenere un pieno successo, non si devono trascurare i metodi della collassoterapia. Ma la cura dietetica in questo campo, ha portato dei vantaggi, aumentando le possibilità di molte cure chirurgiche; spesso, per mezzo di essa, si può, nelle forme bilaterali, portare a guarigione la parte meno affetta, in modo che, poi, si può intervenire chirurgicamente sull'altro polmone. Nella forma, poi, che decorre senza distruzione di tessuto, si arriva a produrre il tessuto cicatriziale invece delle modificazioni produttive ed essudative, analogamente a quanto si verifica per la tubercolosi esterna.

Gli AA. hanno anche seguìto i malati dopo la guarigione ed hanno veduto che, quando la tubercolosi era realmente guarita ed il paziente viveva in condizioni favorevoli, le ricadute sono assai rare. Si comprende che, anche nel proprio ambiente, il malato dovrà seguire una dieta speciale che si dovrà avvicinare il più possibile a quella adottata. Nei malati dimessi non del tutto guariti, si ebbero peggioramenti, specialmente quando essi dovevano lottare con l'iponutrizione e le cattive condizioni ambientali, ciò che, del resto, si comprende.

La spiegazione scientifica dei successi che si ottengono con la dieta degli AA. è assai difficile, per non dire impossibile. Su certi punti, le ricerche di laboratorio portano qualche lume, ma la ricerca delle basi teoretiche può farsi soltanto studiando l'azione dei singoli componenti; ed anche conosciuta questa, rimarrebbe oscura la ragione per cui, dall'unione delle singole azioni si ottiene un'influenza sul ricambio e sulle facoltà difensive e di guarigione dell'organismo. Ad ogni modo, per quanto interesse si possa ammettere alla spiegazione teoretica, è ben più importante il riconoscere il fatto che esistono delle forme di dieta che possono venire utilizzate come diete terapeutiche nel trattamento di malattie infiammatorie.

La relazione di Hermannsdorfer venne accompagnata dal resoconto di 28 storie di malati, con proiezione di radiografie, fotografie, ecc.

I risultati ottenuti da Gerson, Sauerbruch e Hermannsdorfer vennero confermati da altri, come, p. es., da S. Bommer (5), che ottenne costantemente la guarigione nei casi di lupus e che osservò che la dieta viene bene sopportata dai malati, che, in una quindicina di giorni, vi si abituano. Su 13 malati di tubercolosi cutanea, P. Vichmann (6), osservò 9 guarigioni e così altri. Non mancano però voci discordi, fra cui citiamo H. Schmitz (7) che considera la dieta come insufficiente, specialmente in proteine, nonchè nel totale delle calorie, che in sanatorio si esige di 4000-4500. Questo autore in 13 casi di forma polmonare non ottenne risultati migliori di quelli che si hanno abitualmente in sanatorio. Altri (Bettmann) ebbero risultati decisamente cattivi.

Nuoce certamente al metodo l'aria di mistero con cui si spaccia il « Mineralogen », che fa l'impressione di uno specifico segreto a scopi commerciali. Quando si voglia fare opera di vera scienza, non si tengono nascoste le formule dei medicamenti usati e si rende possibile il pieno controllo da parte di altri ricercatori.

(5) Münch. mediz. Wochenschrift, 1928, n. 37.

(6) Beitr. z. Klin. der Tuberk., vol. LXXI, pagina 464.

(7) Zeitschrift f. Tuberk., 1927, vol. 47, p. 461.

D'altra parte, non è detto poi che sia completo l'accordo sulla convenienza della dieta ipo- od aclorurata, nè che le basi teoriche su cui si fonda siano ben sicure. Del resto, la dieta ipoclorurata, anche per la tubercolosi, non è una novità, essendo stata già usata da altri. E così pure non è una novità l'altro punto importante del metodo, cioè la somministrazione di alimenti ricchi in vitamine, già praticata da tempo dai tisiologi più competenti ed avveduti.

Nulla quindi giustifica il chiasso che si è fatto attorno a questo metodo, il quale però merita di essere preso in considerazione per i risultati a cui sono giunti alcuni di quelli che l'hanno usato.

Ulteriori contributi e studi sistematici ci potranno dare anche in questo campo quelle informazioni che, lontane da esagerazioni o da preconcetti ci permettano di portare un giudizio equanime su questo metodo che potrà forse contribuire all'affannoso problema della terapia della tubercolosi.

A. FILIPPINI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. ANTONIO DIONISI.

Ospedale di S. Giovanni - Reparto Chirurgico.
Primario: Prof. CESARE ANTONUCCI.

Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche sopra due casi di sarcoma primitivo dello stomaco

per il dott. GIOVANNI RIZZO.

I casi di sarcoma primitivo dello stomaco sono progressivamente cresciuti di numero man mano che si è sempre più affinata l'indagine clinica ed istologica, sicchè oggi non può più dirsi che essi costituiscano una evenienza eccezionale od una curiosa sorpresa di laparotomia.

Soglionsi distinguere in *sarcomi intraparietali* (a carattere infiltrante circoscritto o diffuso), *sarcomi a sviluppo endogastrico* e *sarcomi a sviluppo esogastrico* (Sebenstyèn e Kolo), tenendo però presente che spesso le suddette varietà si combinano, assumendo il tumore uno sviluppo misto eso- ed endogastrico insieme, e dando luogo a tumefazione ed a deformazione dello stomaco interessanti, e spesso caratteristiche.

I sarcomi esogastrici sono i più rari: dall'esame della letteratura risulta che essi, sessili o peduncolati, impiantati sulla grande curvatura, o sull'una o l'altra delle faccie dello stomaco in vicinanza delle curvature, raggiungono spesso grandi dimensioni (fino al peso di 6 kg.), possono insinuarsi tra i due foglietti del grande omento, formandosene come una specie di capsula, oppure possono svilupparsi nella retrocavità degli epiploon, ricoprendosi del mesocolon trasverso e passando dietro al colon: possono guadagnare le parti più declivi della cavità addominale, discendere fino al pube, invadere anche il bacino, e, sotto l'influenza del peso, possono stirarsi nel loro punto di origine fino a costituirsi un peduncolo, talora molto sottile (Hayem, Lyon, Staehelin): qualche volta anche trascinano la mucosa gastrica, che presenta, a livello del loro impianto, una depressione infundibuliforme (Ziesché e Davidsohn).

Frequenti sono, e più negli esogastrici, le alterazioni regressive, particolarmente la degenerazione cistica, dovute a disturbi di nutrizione degli elementi cellulari, a necrosi, ad emorragie (Zesas); e Maylor, Handerson, Amelung ed altri hanno descritto osservazioni di sarcoma gastrico, in cui il tumore è rappresentato da grossa cisti uniloculare contenente liquido e masse sanguinolente e dei coaguli organizzati.

Circa la clinica dei sarcomi di stomaco, si può parlare di una *forma latente* (frequente nei soggetti giovani), di *una forma con sintomatologia gastrica* (dolori precoci, sordi o terebranti, raramente sotto forma di coliche, per lo più consecutivi ad ingestione di alimenti; tumefazione a sede epigastrica; eruttazioni; talora vomito; rari i segni di stenosi pilorica; rare la ematemesi e la melena, e di solito nel periodo terminale, allorchè vi sono ulcerazioni della mucosa), *di una terza forma con tumore addominale senza sintomi gastrici.*

La diagnosi (a parte il casuale reperto di particelle del tumore nel liquido di lavatura o nel vomitato), è difficilissima a definirsi col solo esame clinico, tuttavia non raramente vi sono segni che, se non assoluti, permettono con una certa fondatezza di sospettare il sarcoma anzichè il carcinoma: l'età, la grande estensione del tumore, la sua sede extraorifiziale per lungo o almeno per parecchio tempo, la superficie notevolmente liscia, la grande mobilità (Bastianelli Pietro).

Valore incerto hanno l'albuminuria (Burgand), e l'iperglobulia, giacchè le osservazioni dei diversi autori sono spesso contradditorie: qualche importanza ha forse la iperleucocitosi.

*
* *

I disturbi gastrici mancano nei sarcomi esogastrici, sicchè questi sono di diagnosi ancor più difficile che gli altri sarcomi di stomaco: nelle varie pubblicazioni si legge che sono

stati confusi con ogni sorta di tumore addominale (cisti dell'ovaio, del mesentere, del fegato, del pancreas, del rene, tumore della milza o dello epiploon, ecc., M. A. Masche, Lofaro, V. Graff), e C. Frazier rileva che mai la diagnosi di sarcoma esogastrico fu fatta prima della operazione o della autopsia.

Ziesché e Davidsohn raccomandano, quali mezzi diagnostici le due manovre già preconizzate da Hartmann, cioè la insufflazione dello stomaco e l'esame in posizione di Trendelenburg.

Zesas insiste sull'assenza della leucocitosi digestiva, e sulla presenza invece di lieve tumefazione della milza, di iperemia e tumefazione delle amigdale e dei follicoli della base della lingua, e crede che, l'esistenza di un tumore esogastrico, accompagnato dai detti segni, possa dare, in molti casi, delle serie presunzioni sulla diagnosi.

La eziologia dei sarcomi primitivi dello stomaco è oscura: l'azione del trauma è discutibile: tutto affatto recentemente Ferrero ha descritto un caso di sarcoma gastrico in cui i disturbi (gastralgia, vomito, dimagramento, melena) insorsero un mese dopo una grave contusione della regione epigastrica.

Possibile è lo sviluppo del sarcoma su una vecchia ulcera e sembra che ciò sia stato dimostrato in qualche caso (Ziesché e Davidsohn).

Lo sviluppo del sarcoma su un tumore benigno dello stomaco (fibro-mioma, leiomioma) è stato ossercato: V. Hacher, M. Schiller, Kaufmann ne hanno descritto delle osservazioni.

La perforazione complica il sarcoma nel 12 % dei casi secondo Fenwicks, nel 6 % secondo Ziesché e Davidshon, i quali riferiscono l'osservazione di un sarcoma che si perforò dopo l'esame radioscopico dello stomaco. Talvolta possono sopravvenire fenomeni infettivi, e M. Sciller cita il caso di un tumore a sviluppo misto, endo- ed esogastrico, che avendo determinato una suppurazione peritumorale, fu scambiato e curato quale una ciste suppurata del fegato; l'infermo morì in 10ª giornata dopo l'operazione, ed all'autopsia si riscontrò un sarcoma di stomaco.

OSSERVAZIONE I. — M. Clelia, anni 63, ricoverata in ospedale il 10 ottobre 1924 dimessa il giorno 27 novembre 1924.

Broncopolmonite nel 1918; menopausa a 43 anni.

Da sei mesi ha febbre preceduta da brivido, che dura 7-8 ore, ed insorge ad intervallo di qualche giorno.

Un mese prima di venire in ospedale si è accorta di una tumefazione nell'addome, dolente alla pressione, che le procura fastidio, specie durante la defecazione e la deambulazione: tale tumefazione è progressivamente aumentata di volume.

E. O. Condizioni generali discrete. Torace, cuore: nulla.

Addome: appare coll'ispezione rigonfio nella parte superiore della metà sinistra, ove con la palpazione si avverte una **tumefazione ovoide,** grande quanto una noce di cocco, a superficie liscia, lievemente irregolare in corrispondenza al suo contorno mediale, di consistenza duro-elastica, spostabile, e che pare non si estenda sotto l'ipocondrio sinistro.

Non si percepisce il ballottamento renale.

Esame ginecologico. — Non si riesce a mettere in evidenza relazione o connessione fra la tumefazione e gli organi genitali.

Durante i primi tre giorni di degenza in ospedale (10-11 e 12 ottobre 1924) l'inferma ha avuto febbre intorno ai 38°, nettamente intermittente.

Esame del sangue: Negativo per la malaria; globuli rossi 4.200.000; globuli bianchi 11.800.

Operazione il giorno 13 ottobe 1924 (prof. ANTONUCCI).

Eteronarcosi regolare: laparotomia mediana xifombellicale prolungata alquanto sotto il bellico: si scopre nell'addome una tumefazione del volume e forma di una grossa arancia, fasciata in basso dal colon trasverso, e ricopeta dall'omento, il quale è d'altra parte aderente alla parete addominale: si distacca l'omento e si riesce così a portar fuori dell'addome la tumefazione: si riconosce che essa è in continuità con la grande curvatura dello stomaco ed attraverso la parete stomacale, si constata che la tumefazione comunica con la cavità gastrica mediante un'apertura a bordi duri, callosi; non si riscontrano gangli di aspetto neoplastico. Mediante scollamento coloepiploico si riesce a liberare la retro-cavità degli epiploon — cautamente, tra pinze, si libera l'aderenza fra la tumefazione e la metà destra del trasverso. Resezione dell'omento e vasta resezione mediogastrica. Sutura capo a capo delle porzioni residuali di stomaco. Sutura a strati della parete.

ESAME ANATOMO-PATOLOGICO DEL PEZZO ASPORTATO.

Esame macroscopico: la tumefazione è costituita da un grosso tumore vegetante che ha formato una specie di cavità succenturiata, ripiena di detrito con odore putrido.

Esame microscopico: l'esame microscopico della parete dello stomaco dimostra al di sotto della muscolaris mucosae, al posto della sotto-mucosa, un infiltrato di elementi cellulari, del tipo di quelli del sarcoma a cellule rotonde, o con nucleo picnotico, o con nucleo in cui è distinguibile la struttura cromatinica. Scarso è lo stroma, invece numerosissimi sono i capillari sanguigni che solcano il tumore a sottilissime pareti e ad ampio lume.

In varie zone del tumore appaiono estesi focolai di necrosi, specialmente verso la superficie in rapporto con la parete muscolare dello stomaco.

Diagnosi: sarcoma a piccole cellule rotonde.

Decorso post-operatorio: dopo il 7° giorno dell'operazione l'inferma ha presentato delle punte febbrili irregolari, talvolta distanziate l'una dall'altra da parecchi giorni, e che solo raramente

hanno superato i 39 gradi. L'esame del sangue ripetuto più volte è stato sempre negativo per la malaria.

Sei mesi circa dopo essere stata dimessa dall'ospedale la p. è morta. Mancano notizie dettagliate circa i disturbi che hanno provocato la morte; non fu fatta l'autopsia.

OSSERVAZIONE II. — D. Luigi, anni 52, ricoverato in ospedale il 22 gennaio 1929, dimesso il giorno 27 marzo 1929.

Nel 1923 appendicite di cui non fu operato.

Il giorno prima dell'ingresso in ospedale è stato còlto da dolore violento al quadrante inferiore destro dell'addome, da vomito e da febbre: malgrado un clistere ed un purgante l'alvo è rimasto chiuso; le condizioni sono peggiorate fino a renderlo quasi incosciente.

E. O. Ore 21,30 del giorno 22 gennaio 1929.

Condizioni generali gravi; l'infermo è semicomatoso, ed ha respiro stertoroso di tanto in tanto; polso molto piccolo e frequente (124). Temperatura 40,1.

Faccia lievemente congesta; naso e l'estremità calde; non si apprezzano deficit funzionali degli arti, coi quali in certi momenti l'infermo reagisce con discreta forza agli stimoli dolorosi; riflessi normali; pupille miopiche ma reagenti.

Torace, cuore: nulla di notevole.

Addome: non è meteorico; è trattabile in tutta la sua metà sinistra; nella metà destra si nota modica resistenza della parete, e si palpa una grossa tumefazione, a guisa d'impacco, modicamente dolente: aia epatica conservata; la milza non appare ingrandita.

Ricerche speciali: urine (raccolte col catetere), albumina: presente in traccie; zucchero: assente; acetone ed acido diacetico: assenti; reazione di Sgambati: lievemente positiva; sedimento: nulla d'importante.

L'infermo è tenuto in osservazione e durante i primi 10 giorni di degenza in ospedale, i fenomeni generali e locali, la febbre sono progressivamente migliorati: l'ammalato ha riacquistato a poco a poco piena coscienza, e la temperatura ha dato una curva febbrile, quasi intermittente, con delle punte massime intorno ai 38 %; man mano che i fenomeni acuti addominali si emendano, si apprezza sempre meglio nella metà destra dell'addome una tumefazione grande quanto una grossa testa di adulto, vagamente tondeggiante, a superficie lievemente irregolare, di consistenza duro-elastica in alcuni punti, alquanto molliccia in altri, poco dolente.

Durante tal periodo si eseguiscono altre ricerche:

Esame del sangue: globuli rossi 3.800.000, globuli bianchi 22.000; formula leucocitaria: neutrofili 66 %, eosinofili 2 %, mastzellen 1 %, linfociti 24 %, grossi mononucleati 5 %, forme di passaggio 2 %.

Azotemia: 0,56.

Reazione di Wassermann: positiva +++.

Reazione di Meinicke: positiva +++.

Si sottopone l'infermo ad una serie di neosalvarsan endovenoso, ed il giorno 11 marzo 1929 si opera.

Operazione: 11-3-1929 (prof. CESARE ANTONUCCI). Rachianestesia tutocainica positiva (0,04). Laparotomia mediana sottombellicale. Si rinviene un grosso tumore di aspetto mixomatoso, a superficie irregolare, a forma di focaccia e che con la sua parte concava s'impianta sulla parete anteriore dello stomaco in vicinanza della grande curvatura, donde prende i vasi per la sua nutrizione, con un peduncolo di circa 3 centimetri di diametro. Non si riscontrano gangli infiltrati.

Asportazione del tumore e di un grosso disco della parete anteriore dello stomaco, su cui decorrono grossi vasi che penetrano poi nel peduncolo: emostasi scrupolosa. Si trova l'appendice ricurva ed affondata in aderenze; appendicectomia: sutura a strati della parete.

ESAME ANATOMO-PATOLOGICO DEL PEZZO ASPORTATO.

Esame macroscopico: grosso tumore di colore grigiastro, duro in taluni punti, di apparenza microcistica in altri, dove si rinvengono delle piccole cavità contenenti del liquido rossastro. Peso: Kg. 1,250.

Esame microscopico: l'esame istologico della parete gastrica dimostra qua e là infiltrazione del derma della mucosa con elementi mononucleati che si accumulano tra le glandole senza apparentemente danneggiarle: nella parte profonda della mucosa si trovano scarse formazioni follicolari: la muscolaris mucosae e la sottomucosa non sono in alcun tratto interrotte. I vasi della sottomucosa sono amplissimi: al di sotto di essa ed in essa, separata dalla muscolare propria, si trova una zona di infiltrazione in cui prevalgono, nella struttura, il polimorfismo degli elementi e la ricchezza della cromatina nei nuclei: in tale zona decorrono vasi sanguigni e gli elementi cellulari polimorfi si riscontrano specie alla periferia delle vene: molti elementi sono necrotici, e si trovano, in seno al tessuto, processi endoarteritici che conducono fino alla occlusione dei vasi, e cellule giganti con parecchi nuclei; fatti questi che fanno discutere il giudizio di un granuloma. L'osservazione di altri campi dimostra che il polimorfismo degli elementi cede il posto alla predominante forma fusata, tanto che in tali tratti si è condotti alla diagnosi di sarcoma a cellule fusate. Dato di fatto degno d'interesse è l'isolamento completo della zona blastomatosa dalla muscolare propria dello stomaco, e la sua scarsa estensione nella sottomucosa. Una sezione praticata nella massa del tumore mostra una struttura a cellule fusate con gran ricchezza di vasi. La ricchezza dei vasi è caratteristica del tumore, ma non si nota nella massa di esso alcun rapporto dei suoi elementi con quelli degli angiosarcomi.

Esame microscopico dell'appendice: note di appendicite cronica granuleggiante con residui glandolari, e tentativi di riformazione dello epitelio, nonchè piccoli neurinomi nella mucosa: è interessante la scarsa formazione di striscie e nidi di tessuto linfatico descritti recentemente dagli autori nelle varie tonache dell'appendice. Predomina invece la rigenerazione dell'epitelio e delle glandole.

Decorso post-operatorio: nei primi giorni dopo l'operazione l'infermo ha avuto ematemesi piuttosto abbondante, che però ha ceduto ai comuni mezzi emostatici. Guarigione per prima. L'infermo esce dall'ospedale il giorno 27 marzo 1929, in 17ª giornata dopo l'operazione.

Presentemente vive e non soffre alcun disturbo.

A parte la relativa rarità dell'affezione ed il modesto contributo che le due osservazioni surriferite possono portare ad una sempre più chiara conoscenza di essa, credo opportuno richiamare ancora una volta l'attenzione degli studiosi sulla proteiforme veste che i sarcomi primitivi dello stomaco, specie gli esogastrici, possono assumere.

Nella prima osservazione il tumore formava una specie di diverticolo comunicante con la cavità gastrica, constatazione questa, oltrechè curiosa, interessante per l'assenza di turbe gastriche intense e sopratutto del vomito, quando si consideri che, logicamente, il vomito sarebbe dovuto essere fra i primi e più importanti sintomi.

Nella seconda osservazione una sindrome appendicolare acuta maschera per un certo tempo la grossa tumefazione, poi il quadro clinico si delinea, ma non si riesce a precisare il viscere su cui essa s'impianta, e la diagnosi rimane dubbia finchè non si ha il reperto operatorio. L'esame istologico fa classificare il tumore fra i sarcomi esogastrici fusocellullari: degna di rilievo la zona d'infiltrazione nella sottomucosa dello stomaco, zona, che, per il carattere e la particolare disposizione degli elementi che la costituiscono, permette di essere interpretata, quale zona di origine del tumore. Degni di rilievo anche l'isolamento completo della zona di infiltrazione del tumore della muscolare propria dello stomaco, e la sua scarsa estensione nelle sottomucose, costatazioni queste che fanno azzardare una prognosi relativamente favorevole.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato due casi di sarcoma primitivo dello stomaco, mettendo in rilievo che nel I caso il tumore pur formando una specie di diverticolo, comunicante con la cavità gastrica, non aveva provocato nessun disturbo di stomaco e neppure il vomito.

Nel II caso, l'origine del tumore dalla sottomucosa dello stomaco e la sua scarsa estensione nella parete gastrica, sono constatazioni che fanno avanzare una prognosi favorevole

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Sopra un caso di sarcoma peduncolato dello stomaco*. Policlinico, vol. II, 1903.

BURGAND. *Le sarcome primitif de l'estomac*. Paris, éd. Jules Houset, 1908.

MANGES. *Primary sarcome of the stomach*. Report of three cases, Mt. Sinai Hospital Reports, volume V, 1907.

A. STAEHELIN. Arch. f. Verd.-Krankheiten, 1908.

LOFARO. *Les sarcomes primitifs de l'estomac*. Archives génér. de chir., 1909.

LENORMANT. *Un cas de sarcome de l'estomac*. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, 1909, n. 2.

ZIESCHE u. DAVIDSOHN. *Ueber das Sarkom des Magens*. Mitteilungen a. d. Grensgebieten d. Medizin u. chirurgie, Bd. XX, H. 3.

MASCHE. Berl. Klin. Woch., n. 21, maggio 1910.

MUSCATELLO. *Sopra un grosso sarcoma cistico peduncolato dello stomaco*. Rif. in Zentralblatt f. Chirurgie, 1907, pag. 411.

MAYLOR a. ANDERSON. *Primary sarcome of the stomach*. Annals of Surgery, ott. 1910.

D. G. ZESAS. *Das primäre Magensarkom und seine chirurgische Behandlung.-Sannul.* Klein. Vortr., n. 620.

HESSE. *Damerheilung eines magen-sarkoms durch resection Jahren.*

GOSET. *Le sarcome primitif de l'estomac*. Presse Médicale, n. 22, 1912.

AMELUNG. Beitrage zur Klinischen Chirurgie, fascicolo I, agosto 1913.

M. SCILLER. Archiv. f. Verdann., tome XX, fasc. 2, aprile 1914.

C. FRAZIER. The American Journal of the Medical sciences, giugno 1914.

ROBERT BACHRACH. *Myoma sarcomatodes des Magens*. Med. Klin., 1916, n. 31.

H. HAGGARD. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1920, tomo XXXI.

E. GEUMÜLLER. *Ueber sarcome des Magens*. Deut. Zeit. f. Chirurgie, Bd. CXL, H. 5 u 6, S. 364-397, giugno 1917.

GUNTLER FRIH. v. SAAR. *Ueber multiple Magentumoren*. Arch. f. Klin. Chirurgie, Bd. CX, Heft 1 u. 2, Festschrift, f. v. Eiselberg.

R. FRITZSCHE. *Leiomyoma sarcomatodes des Magens*. Korrespondenzblatt f. Schweizer Arzte, 1918, n. 38.

ERICH STADLER. *Ein Fall von primaren Magensarkom*. Inaug. Diss. Konigsberg u. Pr., 1919.

GOSTA BOHMANUSSON *Eine Beitrag zur Kenntnis des primaren Magensarkom*. Acta Chir. Scandinavica, Bd. LII, S. 334-371, 1920.

I. N. MORRIS. The Medical Journal of Australia, t. 1, n. 4, 1921.

C. R. CIRIO. La Prensa Medica Argentina, n. 22, 1922.

FINSTERER. Medizin. Klin., 1922, t. XVIII.

H. VON ENGELBRECHT. Virchow's Archiv, t. CCXLVI, 1923.

E. FR. LIENDBOE. *Deux cas de sarcome de l'estomac opérés.* Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Jahrg. 85, n. 3, S. 205, 1924.

ROSSI. Ospedale Maggiore, 31, 5, 1923.

SEBESTYÈN e KOLO. Arch. f. Klin. Chirurgie, tome CXXX, 1924.

H. KLAUS. Medical Journal and Record, CXX, agosto 1924.

R. DEMEL. Arch. f. Klin. Chirurgie, t. CXXVIII, fasc. 1-2, 1924.

O. CAPEL. Hospitalstidende, febbraio 1925.

E. FARE. *Sarcome de l'estomac.* Arch. of Surgery, giugno 1926.

DAHS. Bruh's Beiträge z. Klin. Chirurgie, tome CXXXVIII, n. 4, 1927.

I. S. HALL. The British Med. Journ., marzo 1928.

FERRERO. *Sarcoma primitivo dello stomaco.* Policlinico, Sez. pratica, n. 34, 1927.

KAUFMANN. *Anatomia patologica speciale.*

W. SCHOSSERER. Wiener Klin. Wochen., n. 33.

BASTIANELLI PIETRO. *Osservazioni sopra tre casi di sarcoma gastrico operati.* Arch. It. di Chirurgia, 1927.

Ospedale Civile Vittorio Emanuele II - La Spezia

REPARTI CHIRURGICI

diretti dal prof. dott. R. CASSANELLO

Di un fibroma iuxtapilorico dello stomaco (*)

per il dott. LUIGI ALLEGRI

aiuto e vice-primario chirurgo.

I tumori benigni dello stomaco costituiscono una grande rarità in confronto del carcinoma gastrico, e fra i tumori benigni, una vera rarità è costituita dai *fibromi puri, istologicamente accertati.*

In questi ultimi anni la loro casistica si è arricchita aumentando pure l'interesse intorno ad essi.

Casi di puri fibromi hanno riferito Tyovity Spenser, Bircher, Konjetjkg, Wilde, Lieblein, Halbertsma, Klose, Goetze, A. J. Blaxland.

Fra i casi più recenti sono quelli di Schapot, Milonov, Spamer pubblicati nel *Zentralblatt für Chirurgie* dell'anno scorso e di Carl, riferito nelle *Verein für Wissenschaftlische Heilkunde*, di Königsberg, nella seduta del 3 gennaio 1928.

In Italia il Calabrese di Bologna ne ha comunicato un caso al congresso di chirurgia dell'anno scorso. La sintomatologia e l'obbiettività clinica di questi tumori, in ragione prevalentemente della loro rarità, è ancora molto oscura. Soltanto quando essi giacciono in vicinanza dell'ostio pilorico come nel caso di Carl, di Calabrese, e come nel caso mio che ora esporrò, ripetono più o meno la sintomatologia della stenosi pilorica.

In qualche caso obbiettivamente si riesce a palpare il tumore, e la presenza della più o meno grossa tumefazione contrasta, come nel caso mio, con le buone condizioni generali del paziente.

Un grande ausilio alla più precisa conoscenza clinica di questi tumori benigni, credo sarà devoluto alla radiologia. Nel mio caso essa è stata di una grande evidenza. Onde portare un contributo alla maggiore conoscenza del fibroma dello stomaco riferisco il caso presente:

G. Maria, di anni 44, nubile, nata a Chiusola (Sesta Godano), casalinga

A 13 anni ammalò di ittero catarrale.

Prima mestruazione a 14 anni, le successive irregolari, dolorose e scarse.

A 27 anni ebbe febbri tifoidee con una lunga convalescenza. A 36 anni ammalò di spagnola. È di carattere taciturno, ipocondriaco, e dall'età di 20 anni soffre, a periodi irregolari, di bolo isterico, che spesso cessa dopo una crisi di pianto.

Dal marzo 1927 accusa disturbi gastrici consistenti in senso di peso all'epigastrio, bocca amara, inappetenza, nausee, dolori che si irradiano alla schiena, facile vomito, specie dopo abbondante ingestione di cibi, e crisi gastriche intermittenti e saltuarie. La paziente non è però dimagrata eccessivamente, presenta sempre un pannicolo adiposo sufficiente, il colorito delle mucose leggermente pallido.

Lo sviluppo scheletrico è regolare, il torace piuttosto allungato, organi toracici sani. Stomaco ectasico e ptosico.

Alla palpazione profonda si avverte una tumefazione della grandezza di un uovo di gallina, dura, non bernoccoluta, alquanto mobile, in corrispondenza della regione pilorica.

La radiografia ci mette in evidenza uno stomaco allungato e a calza, in cui il bario riempie la porzione discendente e passa nell'antro pilorico e nel bulbo duodenale lasciando però una macchia chiara, ovale della grandezza quasi di un mandarino, vicino al piloro; macchia, corrispondente al tumore, messo in evidenza coll'esame clinico.

La macchia mostra superiormente un picciuolo col quale si attacca alla piccola curvatura. Fra essa ed il margine inferiore dello stomaco rimane un tratto abbastanza sottile, impregnato dal

(*) Comunicazione fatta alla Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana il 26 ottobre 1928.

bario e che sta a dimostrare la non completa chiusura del piloro da parte del tumore.

L'esame del succo gastrico dà un reperto normale. Diagnosi fatta: « Tumore stenosante del piloro ».

Atto operativo: 12 giugno 1928. Gastrolusi, eteronarcosi previa iniezione di morfina. Laparatomia mediana da tre dita trasverse al di sotto dell'apofisi ensiforme fino alla cicatrice ombelicale. Aperto il peritoneo si esplora la regione pilorica e subito, in corrispondenza della piccola curvatura a 2 cm. e 1/2 dal piloro, si palpa il tumore di consistenza fibrosa, della grandezza di un piccolo mandarino, peduncolato, che si constata situato nell'interno dello stomaco.

Aperto lo stomaco con una sufficiente incisione giusta-pilorica, si constata che il tumore è di consistenza fibrosa e che nasce con un peduncolo dello spessore di un centimetro, dalla piccola curvatura dello stomaco, pressochè immediatamente vicino all'ostio pilorico. Questo non è però completamente occupato da esso: rimane inferiormente una piccola zona pervia, che viene però a scomparire anch'essa quando il tumore viene nei movimenti peristaltici dello stomaco spinto contro l'ostio pilorico stesso, in modo da rimanere esso completamente occupato dal tumore. Nel resto dello stomaco nulla di anormale.

Con un'incisione elittica, si reseca a tutto spessore la porzione dello stomaco dove è inserito il tumore e si richiude la breccia stomacale con un duplice strato di sutura: mucosa-muscolare e sierosa-muscolare. Sutura delle pareti addominali.

Decorso post-operatorio normale; guarigione per prima. Sezionato il tumore ne risulta evidente la sua costituzione fibrosa. Il tumore fibroso è quasi tutto situato tra la mucosa dello stomaco che respinge verso l'interno di esso e la muscolare che respinge all'esterno, ma la sezione del tumore lascia evidentemente constatare la insorgenza del tumore stesso con un tralcio denso e spesso, come un dito indice, dal connettivo sottomucoso gastrico.

L'esame microscopico dimostra trattarsi di fibroma puro.

Nel nostro caso la sede del tumore in vicinanza dell'ostio pilorico che veniva ad essere intermittentemente chiuso in maniera completa dagli ondulamenti del tumore coi movimenti peristaltici dello stomaco, dà la spiegazione clinica delle intermittenti, saltuarie crisi di stenosi pilorica, presentate dalla paziente, mentre la mancanza, a malgrado di essa, della denutrizione e più della cachessia ed a malgrado della non piccola massa, messa in rilievo dalla palpazione, è stata colla biopsia operatoria, largamente suffragata dalla natura benigna del tumore.

Questi ultimi dati, unitamente al resultato favorevole dell'esame del contenuto ed il chiaro reperto radiologico, possono per l'avvenire sempre più indirizzare il sanitario sulla diagnosi di tumore benigno prepilorico. La diagnosi precisa della natura istologica è però devoluta unicamente all'esame microscopico.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce il caso interessante di un fibroma puro dello stomaco, da lui operato con guarigione. Richiama l'importanza sul lato diagnostico della rara affezione gastrica e sul contributo, spesso decisivo, che può dare l'esame radiologico.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Iniezione intracardiaca di adrenalina in sincope da angina pectoris

pel dott. PULEO GIUSEPPE, med.-chir. condotto. Bivona (Agrigento).

La rianimazione del cuore colla iniezione intracardiaca di adrenalina, ha assunto, per i successi ottenuti, tale importanza in pratica, che sarebbe opportuno praticarla in tutti i casi di arresto repentino del cuore, sia di dominio chirurgico, che medico.

I maggiori successi si sono ottenuti nel campo chirurgico, perchè in tali casi si tratta di miocardio non alterato da affezioni in corso, mentre nel campo medico i successi sono in minor numero e meno duraturi.

I casi in cui è stata pratica la in. intr. di adrenalina sono stati ordinariamente: sincope da cloronarcosi o rachianestesia; collasso cardiaco per anestesia; choc pleurico; choc peritoneale; choc traumatico; embolia gassosa da pneumotorace artificiale; asfissia, intossicazione; arresto del cuore per scarica elettrica di debole voltaggio; cardiopazienti in agonia; feti in morte apparente; iposurrenalismo acuto da malaria.

Ho avuto occasione di praticare la in. intr. di adr. in due casi di sincope da *angina pectoris*.

Sebbene con esito negativo, ho creduto tuttavia opportuno comunicarli.

CASO I. — C. M., di anni 45, casalinga, sposata, senza prole, luetica da molti anni.

Vengo un giorno chiamato perchè la paziente accusa forte dolore ad accessi al fianco sinistro con diffusione all'emitorace sinistro e lieve senso di costrizione alla gola.

Toni cardiaci impuri, aia cardiaca leggermente ingrandita.

Due giorni dopo vengo chiamato di urgenza.

L'a. fu colta da improvviso malore, accusava fortissimo dolore al cuore, su cui teneva fortemente la mano. Perdita di urine e feci.

Arrivato dopo circa 4 minuti dall'inizio dello accesso, trovo la p. con facies ippocratica, polso impercettibile, respiro ridotto a qualche penoso tirage inspiratorio.

Non percepibili toni o rumori alla regione cardiaca.

Per la sintomatologia ed i segni obbiettivi feci diagnosi di accesso di angina pectoris con sincope. Tentai iniezioni di olio cantorato, digalen, senza alcun effetto, sicchè dopo 2 o 3 minuti non potevo che dichiarare morta la paziente.

Col consenso dei familiari praticai la in. intr. di adr. con la tecnica a tutti nota.

Iniettai 2 cc. di soluzione al millesimo e frattanto eseguivo la respirazione artificiale. Dopo mezz'ora non ricompariva polso, nè respiro. La iniezione potè essere praticata dopo circa 10 minuti dall'arresto del polso.

CASO II. — S. L., di anni 59, contadino, sposato con figli. Abito pletorico con ipertensione arteriosa, soggetto a polmoniti frequenti, ha ricorso dietro consiglio medico a frequenti salassi con beneficio.

Niente lue. Modico fumatore, discreto bevitore.

Una notte improvvisamente ebbe a sentire dolore vivo retrosternale, irradiantesi al collo ed al braccio sinistro, con senso di strittura alla gola. Tale senso di angoscia fu così vivo che il p. riferiva che se il dolore fosse durato un altro minuto, sarebbe morto.

E non aveva torto in quanto dopo alcune ore un altro accesso identico ne provocava la morte.

Chiamato di nuovo all'inizio dell'accesso, trovai il p. senza polso e respiro, facies ippocratica. Ritornato a casa e fornitomi del necessario, praticai col consenso dei familiari la in. intr. di adr. (2 cc. dopo circa 10 minuti dallo arresto del polso). Esito negativo.

Siccome non ho trovato descritti nella letteratura da me consultata casi di applicazione della in. intr. di adr. in casi di sincope da *angina pectoris*, ho creduto opportuno riferire le mie due osservazioni. L'esito negativo dell'intervento, che avvenne nei 15 minuti trascorsi dall'assenza del polso, dovrebbe significare che la iniezione venne praticata tardi o che nelle sincopi da *angina pectoris* la puntura rianimatrice non ha effetto; perchè il miocardio non sarebbe più capace di eccitazione. Da ulteriori osservazioni si avranno dati più certi.

RIASSUNTO.

L'A. ha praticato in due casi di sincope da angina pectoris la in. intr. d. adrenalina con esito negativo.

COMMENTI

Decapsulazione renale in eclamptica.

Ricorro alla cortese ospitalità del « Policlinico », per riferirmi all'articolo pubblicato nel n. 23 dal dott. Francesco Tondo.

Relata l'autore che il 30 maggio 1929 fu chiamato a esaminare una donna di 24 anni all'8° mese di gravidanza che presentava attacchi eclamptici, e che, mancando la dilatazione completa, alle ore 22 egli praticò l'operazione cesarea sotto ombelicale, estraendo due bambini; dopo, eseguì l'isterectomia modificando il metodo di Porro.

Continuando le convulsioni durante tutta la notte e presentandosi al mattino nella operata anuria, vomito insistente ed alvo chiuso, praticò abbondante salasso e clistere evacuativo; ma siccome le condizioni dell'ammalata si aggravavano progressivamente, decise di intervenire una seconda volta decapsulando ambo i reni ed asportandone la capsula.

Dice: « L'operazione da me fatta per la prima volta non trova traccia in tutta la letteratura. Lo stesso Victor Hoffmann che l'ha proposta nel suo lavoro per ragioni teoriche e per il grande intuito clinico, proprio dei grandi maestri, non dice che l'operazione è stata da lui fatta nè da altri ».

Conclude: « Io ho avuto l'opportunità di avere un caso di eclampsia gravissimo e ho operato di decapsulazione bilaterale ottenendo un effetto mirabile ».

La decapsulazione nell'eclampsia fu praticata per la prima volta da Edebohls nel 1902 e se ne praticarono alcune centinaia. La nefrotomia nell'eclampsia fu eseguita per la prima volta da Pousson nel 1906 e se ne sono fatte pochissime; nel 1927 e nel 1928 praticai due nefrotomie di eclampsia post-partum, con esito mirabile; recentemente ho visto una delle ammalate e la trovai in perfette condizioni di salute. Furono le prime operazioni praticate nel Perù, e le descrissi nella « Cronica Medica », n. 777, marzo 1928. La recensione di questo articolo fu fatta nella « Clinica Ostetrica » di Roma, n. 12, dicembre 1928.

Lima (Perù), 22 luglio 1929. ENRICO CIOTOLA.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

L'esame clinico del sistema nervoso vegetativo.

(LARGEAU. *Jour. des praticiens*, 3 agosto 1929).

Il sistema nervoso vegetativo consta di due parti: l'apparato parasimpatico o vagale e l'apparato ortosimpatico o simpatico propriamente detto.

La maggior parte dei centri vegetativi sono localizzati negli emisferi cerebrali, nei talami ottici, nei peduncoli cerebrali, nelle parti antero-laterali del midollo.

Le due parti sono funzionalmente antagoniste. Questo fenomeno è molto evidente nella pupilla che è innervato dal vago e dal simpatico. L'eccitazione del primo provoca miosi, l'eccitazione del secondo midriasi. Analogamente il vago ha una funzione inibitrice, moderatrice dell'attività cardiaca, mentre il simpatico l'ha eccitatrice.

Il vago innerva i polmoni, la regione dell'arteria polmonare, parte dell'aorta, l'esofago, la trachea, il cardias dello stomaco, mentre il simpatico innerva la parte pilorica dello stomaco e l'intestino tenue, e l'erettore sacrale innerva il colon ed il retto. Il simpatico innerva inoltre una piccola parte dei visceri addominali, il rene, l'uretere, la vescica e tutte le fibre lisce che circondano non solo alcuni visceri, ma tutti i vasi. Il simpatico è un vasocostrittore, mentre il vago è un vasodilatatore.

Il vagosimpatico è in continui rapporti anatomici e funzionali con le glandole endocrine, con le quali esistono inter-reazioni intime: la eccitazione o l'inibizione vagosimpatica aumenta o modera, o viceversa, l'attività delle singole glandole, mentre le modificazioni umorali prodotte da queste hanno un'azione stimolatrice o paralizzante sul sistema neurovegetativo.

La perfetta funzionalità del sistema vagosimpatico dipende dall'equilibrio dell'attività delle due parti che lo costituiscono. Quando l'attività di uno di essi prevale si hanno disordini vari con manifestazioni cliniche che Eppinger ed Hess hanno raggruppato in due tipi: la vagotonia e la simpaticotonia.

L'individuo a tipo vagotonico è pallido, quasi sempre timido, a gesti lenti, con reazioni lente e fiacche, con sudorazione e salivazione abbondante.

Il simpaticotonico è individuo a gesticolazione energica, rapida, occhi brillanti, ideazione rapida, umore gaio, deciso, con alternative rapide di pallore e rossore del viso, con secrezioni poco abbondanti.

I mezzi per l'esplorazione del sistema vagosimpatico sono meccanici e farmacologici.

Tra i mezzi meccanici più importanti sono il riflesso oculo-cardiaco, i riflessi pilomotori, i riflessi vasomotori.

Il riflesso oculo-cardiaco consiste nella compressione dei due bulbi oculari con i polpastrelli dei pollici, la quale attraverso i trigemini provoca un'eccitazione dei centri bulbari del vago, e quindi un rallentamento del ritmo cardiaco e respiratorio; contemporaneamente si ha spasmo della parte superiore dello stomaco e ipersecrezione gastrica. Negli individui ad equilibrio vagosimpatico normale il rallentamento del polso è di circa 8-10 battiti, mentre nei vagotonici queste cifre sono molto più alte e si possono avere rallentamenti perfino di 50 battiti al minuto con fenomeni di angoscia e vomito. Negli ipersimpaticotonici il rallentamento è molto debole, può mancare del tutto, ed anche aversi un'accelerazione del polso.

Il riflesso solare si provoca così: si mette il soggetto in posizione orizzontale in condizioni di riposo e calma, tali da mettere il ritmo cardiaco in stato normale, quindi si esercita una pressione sull'epigastrio in corrispondenza della regione sottoxifoide, e fino a sentire la pulsazione dell'aorta. Si esercita così un'eccitazione del plesso solare, che provoca una diminuzione dell'ampiezza ed un'accelerazione del polso.

Per provocare il riflesso pilomotore si fa spogliare il soggetto fino alla cintola o anche del tutto nudo, evitando tutte le cause di raffreddamento. Quindi si palpano i muscoli delle spalle pizzicandoli senza però provocare dolore. Dopo mezzo minuto circa compare negli individui normali la pelle d'oca sulle regioni mammarie e sulle spalle con orripilazione dei peli.

Il riflesso vasomotore si provoca passando leggermente un ago o l'unghia sulla pelle, specie del torace e dell'addome. In corrispondenza nei vagotonici appare dopo qualche tempo una striscia rossa che talvolta si allarga progressivamente (roseola emotiva), mentre nei simpaticotonici si ha una striscia rossa molto sottile o anche nulla.

La ricerca di queste reazioni ha interesse non solo per saggiare il tono vagosimpatico generale, ma anche per delimitare alcune lesioni midollari.

Le prove farmacologiche si praticano con l'adrenalina, l'atropina, la pilocarpina, l'eserina, la colina o l'acetilcolina.

L'atropina dà i risultati più interessanti. Essa riduce o paralizza temporaneamente l'eccitabilità vagale. Dopo una mezz'ora dall'iniezione sottocutanea di atropina si ha accelerazione del polso, fenomeni di leggera eccitazione psichica, secchezza della bocca, e diminuzione del sudore. Si può misurare il grado del tono del vago dalla dose di atropina necessaria per provocare questi fenomeni.

La pilocarpina, che ha azione inversa, non dà sempre risultati probativi.

Risultati più precisi dà l'eserina, che dà anch'essa un'eccitazione del vago. Con l'iniezione sottocutanea di salicilato neutro di eserina al millesimo si ha dopo 10-30 minuti una considerevole riduzione della frequenza del polso. L'eserina è stata sopratutto impiegata per calmare le crisi solari.

Anche l'acetilcolina è un eccitante del vago.

L'adrenalina è un eccitante del simpatico.

Queste indagini oltre all'interesse dottrinale e clinico hanno uno scopo terapeutico, in quanto stabilita la natura dello squilibrio vagosimpatico si può, mediante gli stessi medicamenti, ristabilire l'equilibrio.

Ai vagotonici si darà l'atropina, la belladonna, l'adrenalina, mentre ai simpaticotonici si darà l'eserina.

DR.

Contributo alla semiologia pupillare, e presentazione d'un nuovo "pupilloscopio,,.

(F. MODENESI. *Bull. Scienze Med.*, f. 2, marzo-aprile 1929).

Anticamente per pupilloscopia s'intendeva la determinazione obbiettiva della refrazione oculare statica, quella che attualmente si chiama retinoscopia o schiascopia; l'apparecchio presentato dal Modenesi invece serve all'esplorazione della sola pupilla.

Per bene intendere la morfologia della pupilla, bisogna conoscere i rapporti anatomici del complesso apparato irido-motore; e l'A. si diffonde su tale argomento con dettagliata esposizione.

Della pupilla si deve osservare la *forma* e l'*ampiezza;* le alterazioni di quest'ultima possono essere *uni-* e *bilaterali*, e sono caratterizzate dalla *midriasi* e dalla *miosi*, entrambe a tipo *spastico* o *paralitico*, e dall'*hyppus*.

A carico della pupilla si notano i *riflessi*: riflesso fotomotore o basilare o visivo di Grasset; le reazioni all'accomodamento e alla convergenza (riflessi superiori o corticali); il riflesso doloroso o di Schiff o midollare, ed infine i riflessi pupillari ideo-sensitivi.

Tutti questi riflessi costituiscono talora segni diagnostici definitivi, sui quali l'A. s'indugia a sufficienza. Molte di queste alterazioni sono di pratica corrente, come la dissociazione dei riflessi pupillari (s. di Argyl-Robertson); molte di esse entrano a far parte della sintomatologia della paralisi progressiva e della tabe.

La ricerca dell'alterazione dell'ampiezza pupillare e dei riflessi è delicata, ed i metodi suggeriti dagli oculisti o dai neuropatologi non sempre permettono di apprezzare le minime modificazioni.

Per ovviare a tali difficoltà l'A. ha creato un apparecchio speciale, denominato pupilloscopio, il quale per mezzo di due lampade che eliminano l'immagine luminosa speculare riflessa, e per la disposizione di un apparecchio

a stanghetta permette di poter esplorare simultaneamente, con una illuminazione bilaterale, simmetrica ed uguale, e singolarmente le pupille, e di fissarne i caratteri della forma e della figura globale, come dei contorni della pupilla, e stabilire se sono regolari o frastagliati, e se esiste anisocoria o no, mercè la illuminazione laterale.

Anche i riflessi che abbiamo ricordati possono essere ricercati con profitto dal pupilloscopio, permettendo deduzioni importanti sulla morfologia pupillare.

Carusi.

VASI SANGUIGNI.

L'arteriosclerosi.

(H. Schlesinger. *Deutsche Med. Wochensch.*, 5 luglio 1929).

L'arteriosclerosi è un processo progressivo, iperplastico e contemporaneamente degenerativo dei vasi, il quale conduce all'indurimento, alla perdita di elasticità ed all'allungamento delle pareti. Queste lesioni determinano una diminuzione della funzionalità delle arterie e in conseguenza disordini della nutrizione.

Non è esatta l'opinione che l'arteriosclerosi sia una malattia propria della vecchiaia. Non è raro incontrare vecchi le cui arterie accessibili non presentano alcuna rigidità ed i cui grossi vasi all'autopsia non dimostrano alcun processo ateromatoso. Sono registrati casi di novantenari e centenari le cui arterie sono molli. L'ateroma può prendere notevole sviluppo ed abbreviare la vita, così che solo gli individui con i vasi sani possono raggiungere le avanzate età bibliche.

Come fattori etiologici dell'arteriosclerosi vanno annoverati: l'eccessivo lavoro fisico e psichico, le intossicazioni croniche da alcool, tabacco, da eccitanti di varie specie, da piombo, l'intossicazione acuta da ossido di carbonio, la tubercolosi, il diabete, la polisarcia, la gotta, l'eccesso come il difetto di alimentazione, le influenze nervose ed in ispecie la neurastenia che non di rado sbocca nell'arteriosclerosi cerebrale.

Dal punto di vista anatomico oltre la lesione delle pareti arteriose è a notare l'alterazione dell'ampiezza del lume vasale, che può essere diffusamente più ampio o anche più stretto del normale. Di solito questa dilatazione è più notevole nell'aorta, dove può essere presente anche quando le più piccole arterie presentano un restringimento del loro lume. La prima lesione è costituita da un ispessimento dell'intima con usura della membrana elastica, che dipende da una forte proliferazione del connettivo. Contemporaneamente si ha degenerazione grassa nelle altre parti dell'intima e formazione di tessuto ateromatoso. Le alterazioni della media, prevalentemente di natura degenerativa, possono precedere quelle dell'intima con deposito di sali calcarei talvolta con ipertrofia della media musculare e sclerosi dei tessuti avventiziali. L'arteriosclerosi può essere diffusa o circoscritta (arteriosclerosi nodosa). Quando la degenerazione ateromatosa dell'intima è molto pronunziata si parla anche di arterite deformans. L'arteriosclerosi spesso colpisce solo alcuni distretti vasali e con varia intensità nelle diverse parti. Per modo che dalla gravità dell'alterazione delle arterie periferiche non si può apprezzare l'intensità dell'affezione nell'aorta e nei grossi vasi. Le alterazioni sclerotiche dei vasi più piccoli (arteriolosclerosi) si riscontrano in determinati territori vasali anche in individui giovani.

Il quadro clinico varia nelle diverse tappe del processo arteriosclerotico.

Lo stadio iniziale spessissimo è caratterizzato da disturbi a carico del sistema nervoso insonnia, esauribilità, diminuzione della memoria, irritabilità ed anche alterazione del carattere. Si hanno anche disordini vasomotori: facile arrossamento del viso, senso di caldo o di freddo alle mani o ai piedi, facile sudorazione. Le cefalee e le vertigini sono i primi sintomi dell'arteriosclerosi cerebrale. In questo periodo sono anche frequenti stati neuralgici, nevralgie brachiali, intercostali, sciatiche. Tra i disturbi degli organi sensoriali sono da annoverarsi i ronzii e gli scotomi. Spesso si hanno palpitazioni, tachicardia ed ipertensione a crisi o persistenti. La respirazione può essere ansimante. Molti pazienti lamentano inoltre senso di pienezza, disturbi dell'appetito e flatulenze.

I disturbi sopraccennati sono spesso accompagnati da sintomi locali, che dimostrano l'alterazione di determinati distretti vasali. Si tratta di disordini vasali riflessi in quanto le arterie sclerosate rispondono agli stimoli in modo inverso così che là dove si dovrebbe avere una vasodilatazione si ha vasocostrizione. Questo modo di comportarsi è visibile alle estremità ed analogamente si ha nei vasi coronari, cerebrali e viscerali.

In seguito alla formazione dell'ateroma le arterie diventano serpigginose, le loro pareti s'inspessiscono e s'induriscono. Aumenta l'ampiezza dell'oscillazione della pressione specie per l'abbassamento della minima, mentre, nei casi non complicati, la massima è poco o niente affatto aumentata.

Circa il comportamento del volume del cuore l'accordo degli autori non è completo. Mentre alcuni ritengono che c'è un'ipertrofia massiva, altri pensano che questa si riscontra solo nell'ateroma grave dell'aorta o nelle affezioni vasali splancniche.

Il secondo tono aortico è chiaramente accentuato, ed in molti casi si ha anche un rumore sistolico.

La localizzazione del processo ateromatoso nelle coronarie produce l'angina pectoris o la dispnea cardiaca e la diffusione alle valvole

aortiche provoca la loro insufficienza e solo eccezionalmente la loro stenosi. Talvolta l'affezione dalle valvole aortiche si diffonde a quelle mitraliche, e si ha così un'insufficienza doppia.

L'ateroma delle arterie cerebrali nelle sue fasi iniziali suole provocare sindromi neurasteniformi che progressivamente si accentuano sino a dare scarsa capacità intellettuale, riduzione della possibilità di nuove acquisizioni, mentre rimane bene conservata la memoria dei fatti precedenti, alterazione del carattere, facile distraibilità, mancanza di cura per la propria persona, e simili.

Oltre questi fenomeni generali possono aversi sintomi a focolaio da rammollimenti trombotici e da emorragia in seguito a rottura di un'arteria. Si può avere anche l'epilessia tardiva o senile ed in seguito a rammollimenti multipli, degenerazione cerebrale arteriosclerotica e gliosi perivascolare: la scena si può chiudere con il quadro della demenza arteriosclerotica o senile.

Le alterazioni arteriosclerotiche del midollo spinale sono rare. Più frequentemente si riscontrano piccoli focolai di rammollimento nel bulbo e nel ponte, che producono sintomi di paralisi subacuta dei nervi bulbari e dei loro nuclei.

L'arteriosclerosi dei vasi gastro-intestinali produce particolari disturbi che sono stati studiati da Schnitzler e da Ortner. La dyspragia intermittens intestinalis è caratterizzata da meteorismo doloroso accessionale e gravi fenomeni generali (tendenza al collasso), stimoli al vomito e senso di pienezza nel ventre. Tali eccessi di solito sono attribuiti a stenosi intestinale e per tale sospetto i malati vengono operati.

Il rene raggrinzito arteriosclerotico è dovuto a sclerosi delle piccole arterie e delle arteriole. Le relazioni tra ipertensione e malattie renali sono ancora in discussione, in quanto è sempre incerto se possa sussistere un'ipertensione persistente senza alcuna lesione renale, come ha dimostrato Pal in una serie di casi.

L'arteriosclerosi delle estremità ha come primo sintoma la claudicazione intermittente. Il paziente è di tanto in tanto costretto a fermarsi da una sensazione sgradevole, da uno spasmo muscolare o da una debolezza paralitiforme alle gambe. Dopo pochi minuti può ricamminare, ma dopo un periodo di tempo più o meno lungo si ripetono gli stessi fenomeni. Tali disturbi si hanno quasi esclusivamente nei fumatori, nei non fumatori possono mancare anche quando la sclerosi delle arterie delle gambe sia molto avanzata. I piedi con il movimento diventano pallidi, le arterie si contraggono sotto l'azione del caldo ed anche della pressione (inversione dei riflessi secondo Erb). Il freddo può produrre uno spasmo duraturo delle arterie, una reazione straordinariamente accentuata (disreflessia di Schlesinger). La ricerca del polso arterioso dimostra un'anomala pienezza di uno o più arterie, spesso mancanza del battito dell'arteria dorsalis pedis, della tibialis postica e anche della poplitea. Il polso della femorale non di rado è molto piccolo e talvolta si ascolta sulla femorale stessa un soffio sistolico. L'affezione di regola è bilaterale anche quando sono presenti sintomi ad un lato solo. Si riscontrano spesso tremori fibrilari dei piccoli muscoli dei piedi e disturbi della sensibilità nelle parti distali delle estremità in conseguenza di processi neuritici. Con il tempo si hanno gangrene, talvolta nel dominio di piccoli distretti vasali, specie alle dita dei piedi e anche ai calcagni, più raramente ai margini dei piedi, e alle volte anche gangrene improvvise a tipo apoplettico diffuse ad un'ampia parte delle estremità. La gangrena è per lo più accompagnata da dolori violenti.

Non si conoscono ancora medicamenti sicuri contro l'arteriosclerosi e la terapia consiste quindi solo nella eliminazione delle influenze dannose e nel combattere i fenomeni sintomatici.

Nello stadio presclerotico si calmeranno i disturbi nervosi con l'uso di due grammi di bromuro di sodio pro die o di bromural una volta la settimana; l'insonnia si combatterà con il sedobrol, il luminal, l'adalina ed altri ipnotici. In molti casi occorre la limitazione dell'alimentazione carnea, l'uso di cibi piccanti o eccitanti nonchè dell'alcool e del fumo. Sono anche da evitarsi gli eccessi sessuali. L'idroterapia calmante ha benefica influenza sulle sofferenze subiettive e sull'ipertensione. Gli esercizi fisici leggeri non sono controindicati.

Come medicamento è stato raccomandato l'iodio, sotto forma di ioduro di sodio nella quantità di mezzo ad un gramma al giorno. Agirebbe diminuendo la viscosità del sangue.

Quando c'è ipertensione rende utili servigi la teobromina, somministrata, a secondo i casi, isolatamente o insieme ad altri preparati (calcio, chinina, oppiacei, nitriti, vischio, ecc.).

L'arteriosclerosi delle estremità richiede un trattamento speciale. Sono assolutamente da proscriversi il fumo e gli alimenti eccitanti. Le applicazioni calde d'ogni specie sono pericolose in quanto possono determinare uno spasmo arterioso permanente e produrre così la gangrena. La elettricità galvanica agisce come vasodilatatore e facilita così la circolazione. Come medicamento si adoperano la teobromina ed i nitriti per via orale ed anche il nitrito sodico per via sottocutanea. Nei casi nei quali esistono dolori forti e pericolo di gangrena si può tentare la denervazione dell'arteria femorale per circa 15 cm. e l'asportazione del tessuto periarterioso.

DR.

Sul trattamento delle flebiti obliteranti.

(CHAVANNAZ e MAGNANT. *Rev. d. Chir.*, n. 6, 1928).

L'embolia è una delle principali cause di mortalità postoperatoria anche dopo interventi ben condotti. Da ciò gli sforzi per sopprimere le cause dell'embolia e lo studio del trattamento profilattico delle flebiti. Uno dei rimedi proposti è l'irudinizzazione. Fin dai primi sintomi di flebite si pratica alla radice dell'arto l'applicazione di 3-6 sanguisughe che viene rinnovata due volte a 48 ore di distanza. Con tale tecnica la flebite non arriverebbe all'obliterazione, l'edema non si svilupperebbe e la febbre cadrebbe in pochi giorni. Fra gli incidenti è da ricordare l'emorragia, l'embolia, molto rara, e l'orticaria generalizzata in rapporto a una sensibilizzazione irudinica.

I processi infettivi costituiscono una controindicazione. Questo metodo è fondato sulla presenza di una sostanza anticoagulante, l'irudina, nella testa della sanguisuga. Tale sostanza, facilmente estraibile per macerazione, è stata studiata da diversi autori. Le opinioni non sono concordi circa la sua natura e il suo modo di azione.

Pare in ultima analisi che essa sia da considerare come una potente antitrombina e che agisca con un meccanismo complesso dove entrano in giuoco anche la sua azione linfagoga, antispasmodica ed attivante la leucocitosi. Gli AA. riferiscono 10 casi di flebite postoperatoria trattati con l'irudinizzazione con scarsi risultati. Due malati morirono per embolia polmonare, ma uno era affetto da gravi fenomeni infettivi.

Non hanno notato emorragie, nè prurito, nè orticaria. Hanno osservato diminuzione del dolore ma nessun miglioramento dell'edema e i malati sono guariti in un lasso di tempo uguale a quello del trattamento classico.

Gli AA. pensano che nei loro casi il trattamento possa essere stato non troppo precoce, perchè hanno atteso, prima di istituirlo, i segni netti della flebite. D'altra parte la diagnosi di flebite nelle prime ore è assai incerta ed espone al rischio di far applicare il trattamento irudinico a casi in cui la flebite non esiste.

La questione resta quindi insoluta e fino a ora il trattamento classico conserva tutte le sue indicazioni. G. PACETTO.

ORGANI DIGERENTI.

Ricerche sulla batteriologia e la sierologia delle appendiciti acute.

(WEINBERG, PREVOT, DAVESNE e RENARD. *Ann. Inst. Pasteur*, n. 10, ott. 1928, p. 1167).

Gli AA. hanno studiato specialmente le forme cangrenose e subacute dell'appendicite, perchè in tali forme la percentuale delle morti è più alta. Così le ricerche degli AA. si riferiscono a 200 o più casi di appendicite acuta: gangrena 1/3; acuta o subacuta 2/3. In merito, al tempo dell'operazione dall'insorgenza della colica solo in 94 casi ne poterono ottenere i dati dai chirurgi: 58 di appendicite gangrenosa e 36 di appendicite subacuta.

Sui 94 casi 7 furono operati nelle prime 12 ore, 37 tra 12 e 24 ore, 16 tra 24 e 36 ore, 13 tra 36 e 48 ore, 21 da 2 a 5 giorni dopo l'insorgenza dell'attacco appendicolare. Non sempre vi fu rapporto tra il tempo dell'intervento con la gravità, estensione e putridità delle lesioni gangrenose. In 20 casi vi erano lesioni periappendicolari, peritonite più o meno generalizzata. In 12 casi vi era perforazione.

In genere le lesioni gangrenose estesissime coincidono con la presenza di materie fecali o di calcoli stercoracei nella cavità appendicolare; infatti su 58 casi di appendicite cangrenosa 17 volte rinvenne dei calcoli, e 7 volte materie fecali.

Contrariamente alle conclusioni di altri AA. gli AA. ritengono che l'appendicite acuta senza microbi nella cavità appendicolare è rara. Una sola volta non hanno rinvenuti microbi liberi nel pus dell'appendicite acuta: si trattava di un caso che evolveva rapidamente verso la guarigione.

Nell'appendicite acuta rinvennero gli AA. quasi sempre una flora polimicrobica: rarissimamente l'infezione era causata da un sol germe. In tali casi si trattava sempre di germi aerobici.

Nell'appendicite si possono rinvenire tutti i microbi della flora intestinale. Più frequentemente il *B. coli* (87 %), l'enterococco (il 30 %), il *B. perfrigens* (30 %), i bacilli gramnegativi (39 %), ma anche i cocchi anaerobici (18 %), i *B. subtilis* (9 %). *B. ramosus* (10 %), tetrageno, B. piocianico, B. settico, B. istolitico ecc.

I microbi aerobici furono rinvenuti tanto nella forma gangrenosa che nella non gangrenosa. Quelli anaerobici sono quasi costanti nella forma gangrenosa. Per l'azione comune dei germi, che compongono l'associazione microbica, vi ha un'istolisi putrida dei diversi strati della parete appendicolare; in tutte queste associazioni microbiche vi è una o più specie di anaerobi; sopratutto i bacilli anaerobici gramnegativi.

Si possono rinvenire anaerobici molto patogeni nella forma acuta non gangrenosa dell'appendicite. A volte si rinvengono anche degli spirilli o spirocheti nel pus appendicolare.

Le associazioni microbiche sono tanto più varie quanto la flora appendicolare diventa più complessa. Per lo più si tratta di associazioni del *B. coli* col *B. perfrigens*, uniti o non ad altri, in 51 casi su 160; così pure l'enterococco fu rinvenuto in unione col *B. coli* in 41 casi.

Gli AA. per la difficoltà di riprodurre speri-

mentalmente l'appendicite hanno per lo più saggiato il potere patogeno dei germi inoculando ad animali, nei quali si saggiava la dose letale e la gravità delle lesioni negli altri organi. In tal modo hanno provato che la più grande importanza per la patogenesi della appendicite hanno il *B. coli* ed il *B. perfrigens*. Gli altri microbi patogeni aerobici o non aerobici sono ugualmente molto dannosi, ma raramente fanno parte della flora dell'appendicite.

Anche i microbi poco patogeni della flora appendicolare hanno grande importanza nella patogenesi e nell'evoluzione dell'appendicite, poichè esaltano la virulenza dei microbi, coi quali essi sono associati. D'altro canto i microbi patogeni esaltati favoriscono la moltiplicazione dei germi secondarii, prendendo parte ai processi morbosi sopratutto per le loro proprietà fermentative.

Sulla base di tali risultanze batteriologiche gli AA. hanno preparato dei sieri coadiuvanti della cura chirurgica.

JURA.

L'appendicite ossiurica.

(U. HAMMER. *Die Medizinische Welt*, 19 gennaio 1929).

Sulla base di studi anatomo - patologici Rheindorf espresse l'opinione che l'Oxyuris vermicularis sia il fattore essenziale nell'etiologia dell'appendicite acuta, purulenta. Ma ulteriori ricerche (Aschoff, Drüner, ecc.) hanno dimostrato che al detto verme non può attribuirsi un'azione così esclusiva nelle infiammazioni acute del cieco. La maggioranza degli autori opina che l'appendicite pura può talvolta essere prodotta dagli ossiuri, ma che nella maggioranza dei casi l'affezione stessa è prodotta da altre cause. E ciò in rapporto al fatto che solo raramente gli ossiuri si trovano nell'appendice allo stadio della malattia nella quale si pratica l'operazione.

Tuttavia che gli ossiuri abbiano un ruolo importante nella patologia dell'appendicite è dimostrato dal gran numero di casi nei quali all'appendicectomia si riscontra la presenza di detti vermi. Su 230 appendicectomie l'A. li trovò 49 volte ossia nel 21.3 % dei casi.

Dal punto di vista anatomo-patologico si trovò che l'appendice era all'esterno straordinariamente pallida, con la mucosa livida e con emorragie puntiformi. In una serie di 14 esami microscopici il reperto sette volte coincideva con quello dell'appendicite superficiale emorragica, cinque volte con quello dell'appendicite cronica e due volte non si rilevò alcun fatto infiammatorio.

Dal punto di vista clinico il sintomo prevalente è il dolore spontaneo, occasionale, localizzato per lo più nella regione ileo-cecale. Gli attacchi più o meno violenti e lunghi si alternano con periodi di pieno benessere. Spesso nell'anamnesi si riscontrano accessi dolorosi violenti che « annientano il paziente » e « lo costringono ad abbandonare il lavoro ». Il dolore alla pressione è presente durante l'accesso, ma solo alla pressione profonda. Il ventre è trattabile. Il fenomeno di Rowsing non è provocabile. Si hanno spesso nausee, mentre il vomito è raro.

La funzione intestinale ha una grande importanza nella storia della malattia. Spesso si ha cieco mobile che non si sa se sia la causa o l'effetto della stipsi.

Nei 49 casi esaminati, 29 volte la temperatura ascellare si mantenne al disotto di 37° ed in 17 non superò i 37.8°. In tre casi però la febbre era attribuibile ad altre cause. Anche quando la temperatura alta non fa parte del quadro morboso, non di rado si riscontrano temperature subfebbrili. Che queste ipertermie dipendano dagli ossiuri è dimostrato dal fatto che scompaiono subito dopo l'appendicectomia.

La frequenza del polso non è gran che accelerata. Il contegno del polso e della temperatura ha molta importanza per la diagnosi differenziale tra appendicite comune e appendicite ossiurica. Parlano inoltre per quest'ultima i fatti che durano da molto tempo, spesso recidivanti, con attacchi ripetentisi in uno stato di stipsi cronica e senza notevoli disturbi dello stato generale. I sintomi sono quelli caratteristici di un'affezione cecale, ma non così univoci da non accordarsi anche con quelli di un attacco di appendicite comune.

La presenza degli ossiuri nelle feci molto spesso sfugge ai pazienti e talvolta non è rivelata neppure all'esame metodico anche quando i vermi si riscontrano all'appendicectomia. Qualche volta neppure con i purganti si riesce a fare espellere gli ossiuri. Spesso le cure vermifughe non riescono a provocare la distruzione degli ossiuri, di cui non passa traccia nelle feci, mentre persistono i fenomeni appendicolari, la cui origine ossiurica è confermata all'operazione.

Allo stato dei fatti quindi la terapia più razionale rimane sempre l'appendicectomia.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

A. Thomas. *Les phénomènes de répercussivité.* Editore Masson, Parigi. Fr. 32.

Studiando i riflessi pilomotori Thomas rilevò l'importanza nella fisiopatologia dei fenomeni di ripercussione, dell'azione perturbatrice di un organo leso su altri organi distanti con l'intermediario del sistema nervoso.

È stato così indotto a studiare le ripercussività simpatica e cerebro-spinale, e le loro influenze nelle affezioni da spasmi vasali (claudicazione intermittente, meiopragie, angina pectoris, sindrome di Raynaud, spasmo dell'arteria centrale della retina, emicrania), delle varie forme di epilessia (jacksoniana, essenziale, riflessa, pleurica, emotiva), la sincope, l'asma.

L'A. è venuto così a concezioni patogeniche originali del maggiore interesse, che aprono la via a nuovi tentativi terapeutici. Dr.

L. Kuttner. *Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie deren Verhütung auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten.* Un vol. di pag. 59 con 10 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia 1929.

Il titolo: errori diagnostici ed errori curativi nelle malattie dell'apparato digerente e modi per evitarli, compendia chiaramente il contenuto del volumetto.

Reperti anamnestici e obbiettivi che di solito vengono trascurati, piccoli dettagli di tecnica, la conoscenza di alcuni dati differenziali sono gli argomenti trattati e che si riferiscono alle malattie del tratto digerente e delle ghiandole annesse.

Per la frequenza di queste affezioni, il lavoro del Kuttner riuscirà di aiuto al medico e al chirurgo. Valdoni.

Kurt Gutzeit. *Die Gastroskopie in Rahmen der klinischen Magendiagnostik,* pag. 97, fig. 46. Julius Springer ed. Vienna, 1929 Mk. 9,60.

Basta scorrere la letteratura raccolta in poche pagine all'inizio del volume per persuadersi che la letteratura e i lavori sulla gastroscopia sono scarsi. L'A. si è trovato in condizioni fortunate per poter raccogliere e studiare 500 casi di gastroscopia in 3 anni e mezzo nella Clinica medica di Jena e Breslavia, dirette da Berblinger e Henke.

Gli strumenti rigidi (anche perchè le difficoltà di tecnica ottica non sarebbero indifferenti) sono preferiti dall'A. nella gastroscopia. È necessaria la rachianestesia per poter praticare la gastroscopia a malato tranquillo e coricato in posizione sul ventre.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

L'A. ha cercato di tracciare dei quadri in base al reperto gastroscopico e ha cercato di confrontare in base a ricerche radiologiche sulle pieghe della mucosa, il quadro gastroscopico col quadro radiologico.

Per la novità dell'argomento, per le possibili applicazioni che nel futuro potrà avere la gastroscopia in clinica, il libro merita di essere letto. E. Milani.

RIVENDICAZIONI ITALICHE

Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella Medicina e Chirurgia

per il prof. Luigi Castaldi
Direttore dell'Ist. di Anatomia Umana Normale nella R. Università di Cagliari.

(*Continuazione; vedi numero precedente*).

50) *Il precursore della preparazione della insulina.* L'insulina è l'apice della dottrina insulare del diabete. Ora chi primo dimostrò questo rapporto diabete-isole del Langerhans e quindi precedette la preparazione dell'insulina (Banting, Best, Collip, Mac Leod) fu il nostro Diamare nel 1899. Egli stabilì la moderna dottrina che le isole del Langerhans sono organi che hanno ufficio nel ricambio degli zuccheri, e 16 anni prima della preparazione della insulina, nel 1907, procedette a iniezioni di estratto di isole di pesci (dove le isole sono completamente separate dal pancreas esocrino), e parlò di un prodotto attivo insulare agente in maniera indiretta sulla glicolisi.

Nel 1899 Diamare aveva definito il diabete « una cachessia isolepriva, anzichè pancreopriva » (50).

51) *Alcune priorità del Vassale.* Giulio Vassale (di Bagnola di Spezia) prima del Gley (1891) dimostrò nel 1890 che l'estratto tiroideo sopprime i fenomeni di cachessia strumipriva, *iniziando la tireoterapia;* mise in luce l'importanza delle paratiroidi come organi di azione potentemente antitossica; interpretò la patogenesi della corea, eclampsia, tetania; stabilì l'indipendenza funzionale tra paratiroidi e tiroide; l'indipendenza degli isolotti del Langerhans dal pancreas esocrino. Rimando pei particolari al bell'articolo di G. M. Piccinini (51).

52) *L'erepsina di Cohnheim.* Fu scoperta da Capparelli a Catania (1899); dopo di lui O. Cohnheim (1902) l'annunciò e denominò come cosa del tutto sua (52).

(53) *Precursori della dottrina delle vitamine.* Leggevo poco fa in un scritto italiano (53), che Bunge (1891) e Hopkins (1906) debbono considerarsi i precursori del Funk. Ma si dimentica che Coppola (1890) e Pasqualis dettero impulso colle loro ricerche intorno alla alimentazione di topi con latte naturale e con latte sterilizzato a quelle indagini che culminarono con Funk.

(50) Arch. d. Fisiologia, 22, 141, 1924.
(51) Terapia, 18, 225, 1928.
(52) Grassi (l. c.).
(53) Rass. Ist. biochimico it., 6, 298, 1928.

54) *La fisiologia del lavoro e il Taylorismo.* Oggi che si ha piena la mente di Taylor e del « taylorismo » quando si parla di organizzazione scientifica del lavoro, e che in Francia si proclama lo Chaveau (1899-1900) come colui di cui van seguiti i principî nell'organizzazione del lavoro; non sarà male richiamare che sono italiani Leonardo da Vinci e Galileo Galilei che primi accennarono alle leggi della macchina animale; è italiano il Ramazzini, che primo trattò ex professo delle malattie del lavoro; e sopratutto sono italiani il Mosso che dal 1888 gettava le basi della scienza fisiologica del lavoro, il Maggiora che lo seguiva, il Patrizi che faceva proposte precise di collaudo « psicometrico », e fra i sociologi Luigi Luzzatti che fin dal 1874 nel Congresso degli Economisti formulò l'idea di una legislazione del lavoro a tutela dei fanciulli e delle donne e nel 1879 presentava al Parlamento il relativo progetto.

55) *L'inibizione cardiaca.* I fratelli Weber scoprirono l'azione inibitrice del vago sul cuore; ma la scoperta dei centri inibitori del cuore, che Spadolini (54) dice « di valore ancora più generale » è di Luigi Galvani. Ciò è consacrato nel « rapporto » che Silvestro Gherardi lesse nel 1839 all'Accademia delle Scienze di Bologna, dal quale risulta che il Galvani aveva descritto accuratamente l'arresto del cuore che consegue alla lesione di quella particolare regione del midollo spinale dove è localizzato quello che poi fu appunto chiamato centro cardiaco.

D) BATTERIOLOGIA, IMMUNOLOGIA E PARASSITOLOGIA.

56) *I precursori della microbiologia.* I primi passi furono certo i più geniali e più faticosi per la costruzione dell'edificio della Batteriologia e della Immunologia. Gli italiani ne furono antesignani. Ricordo fra i primi iniziatori, come coloro che lanciarono le prime misconosciute o criticate idee sulle cause della contagiosità delle malattie infettive, Lodovico Settala, ricordato dal Manzoni per la peste di Milano, che lasciò nei suoi scritti concetti tali che preludiano alle conoscenze scientifiche moderne sull'esistenza di portatori di germi infettivi (55); Bartolomeo Corte che nel 1720 pubblicò un lavoro « Intorno all'aria o vermicciattoli se cagioni della peste », in cui sostenne la natura contagiosa parassitaria della peste (56); Enrico Acerbi (di Castano Primo presso Milano, 1785-1827), medico del Manzoni, unico suo contemporaneo che Manzoni citò nei « Promessi Sposi », che scrisse la « Dottrina pratica del morbo petecchiale » (Milano, Pirotta, 1822) nella quale tratteggiò idee divinatrici della Batteriologia moderna, concludendo che « la cagione effettiva di una malattia contagiosa consiste in una specifica sostanza organizzata, la quale è capace di mantenersi e riprodursi secondo le leggi comuni di tutti gli esseri dotati di vita » (57); Michele Rosa di Rimini, l'intelligente maestro di Maurizio Bufalini; il Dubini che nel 1842 sostenne che gli agenti dei contagi sono esseri viventi.

57) *Agostino Bassi.* Mentre in Germania la natura parassitaria delle malattie infettive fu sostenuta da Henle nel 1860 dopo le scoperte di Pasteur (1857) sui fermenti vivi, e l'entrata nell'agone scientifico del Koch è del 1878; tra noi Agostino Bassi di Mairago presso Lodi (1773-1856) aveva assai prima (1835) *provato* che la causa del calcino del baco da seta è una muffa Botrytes, che nel 1835 Balsamo Crivelli battezzò *Botrytes bassiana.* Tanto si è scritto di recente sul Bassi, che è inutile insistere qui. Aggiungo solo che nel 1844 il Bassi sostenne che anche le piaghe e la gangrena devono essere « se non originate, mantenute » da parassiti, e propose l'uso di mezzi parassiticidi (fuoco, acqua bollente, potassa, calce, acidi minerali, zolfo, cloro, mercuriali, compreso il sublimato corrosivo); onde, oltre fondare la Microbiologia in modo positivo, intuì quegli stessi precetti che conferirono più tardi la fama a Lister.

Come pure rilevo che poco dopo il Vittadini, assistente nell'Orto botanico di Pavia, non solo confermò la scoperta del Bassi, ma dimostrò (1852) che la *Botrytes* può vivere « anche isolata e tolta all'influenza della vita, sopra sostanze animali e vegetali » quali miele, olii fissi, soluzioni di zucchero, di gomma, di mannite, d'ittiocolla, su umore sanguigno d'insetti, e specialmente del baco da seta, precorrendo i metodi di coltura che in mano di Koch dovevano divenire uno dei più potenti e fruttiferi mezzi per le indagini sui microrganismi; come pure vide le spore della stessa *Botrytes.*

Curioso è citare una rivendicazione di priorità di rivendicazione! Quando poco fa il Riquier fece la proposta, accettata ed eseguita, di ristampare le opere del Bassi alla Società medico-chirurgica di Pavia, G. Martinotti (58) rivendicò a sè di avere rivendicato il Bassi fin dal 1894, prima del Riquier; del resto anche Grassi (l. c.) aveva nel 1911 posto il Bassi al posto d'onore citandolo fra i massimi scienziati innovatori italiani in contrapposto agli stranieri.

58) *La scoperta delle spore dei batteri.* Essa forma per unanime consenso una gemma del serto che ricinge il capo di Roberto Koch. Ebbene, nel 1851 il ventenne Paolo Mantegazza scoprì che i batteri, allora ritenuti animali, si riproducono per « uova » di cui si liberano, ossia per spore durature secondo la posteriore nomenclatura. Mantegazza le vide nel batterio che, in onore del clinico Pignacca, chiamò « Vibriocephalus Pignacca ».

59) *Il vibrione del colera di Koch.* Pochi AA., e specialmente il conterraneo Castaldi (59), hanno rivendicato la bellissima scoperta del pistoiese Filippo Pacini, che nell'epidemia colerica del 1854 a Firenze scoprì, descrisse e figurò veridicamen-

(54) SPADOLINI I. *Le funzioni nervose nel sistema della vita vegetativa.* Bologna, Zanichelli, 1925.

(55) DUCCESCHI V. Rend. R. Ist Lomb. Sc. e Lett., v. 56, f. XII, 1923.

(56) ABBA I. Minerva medica, 1° aprile 1923.

(57) CASTALDI L. Riv. st. Sc. med. e nat., 14, 344, 1923; PASETTI C. L'Ospedale Maggiore, a. 16, Parte Amministr., p. 20, 1928.

(58) Boll. Ist. storico Arte san., 6, 231, 1926.

(59) Riv. storia Sc. med. e nat., a. 14, f. 7-8, 1923; Sperimentale, a. 78, f. 3-4, 1924; Riv. clin. med., a. 27, p. 31, 1926.

te il vibrione del colera, rivisto da Koch nel 1883. Eppure malgrado l'incontrovertibilità di questa scoperta del Pacini (che a quei tempi, prima di Pasteur e coll'opposizione ostinata di Maurizio Bufalini, non fu che fonte di amarezza al glorioso suo Autore), vi è stato chi ha risposto al Castaldi pochi mesi fa (60): « Non credo sia il caso di una innovazione di nomenclatura che riuscirebbe di nessun utile alla memoria del grande Pacini ». Ogni commento a queste parole guasterebbe: All'estero certo non si pensa così.

60) *Il bacillo del tifo di Eberth.* Per questo bacillo così diffuso, e che quindi ha diffuso il nome di C. J. Eberth di Zurigo (1880-81) sì da aggettivarlo per le febbri, ecc. « eberthiane », pochissimi, ma sopratutto il conterraneo Castaldi (61), hanno rivendicato, in modo anche per questo inoppugnabile, che Atto Tigri di Pistoia, l'insigne introduttore insieme al Pacini dell'Istologia tra noi, aveva visto il bacillo del tifo nel 1863 chiarissimamente nel sangue dei tifosi. Eppure nemmeno la « Storia della medicina » del Castiglioni lo ricorda! C'è da domandarsi a che valgono le rivendicazioni di italiani per i più degli italiani! Speriamo che questa iniziativa del Prof. Piccinini apra loro gli occhi una buona volta.

61) *Il diplococco lanceolato di Fränkel.* Il diplococco della pneumonite, detto di Fränkel (1886) o di Fränkel e Weichselbaum, in realtà fu scoperto da G. Salvioli (1852-1888) che precedentemente l'aveva visto nello sputo, nel succo polmonare, nell'essudato pleurico e pericardico di uomini morti di pneumonite crupale. Ciò nonostante e malgrado che il Salvioli avesse anche riprodotto nel 1883-84 sperimentalmente la pneumonite, ottenendo nelle sierose infiammazioni fibrinose, inoculando tanto il materiale preso dal cadavere, quanto i diplococchi isolati e coltivati fuori dell'organismo, non è ricordato neanche il suo nome nei trattati di patologia generale e di anatomia patologica recenti e recentissimi su cui fondano la loro cultura studenti e medici italiani. Il Grassi (op. cit., pag. 185) nel rivendicarlo scrisse nel 1911: « Io sono orgoglioso, come italiano, di questa *ben fondata* rivendicazione a favore di un connazionale troppo dimenticato ». Ma le parole del Grassi sono rimaste inascoltate; del resto l'esemplare dell'opera del Grassi che io ho avuto dalla Biblioteca di uno dei più attivi centri scientifici nostri, l'ho dovuto tagliare, perchè completamente intonso! In proposito un richiamo clinico: il Bozzolo nel 1882 prima di G. Salvioli e di Fränkel intuì genialmente che un unico agente patogeno doveva essere quello della pneumonite e delle sue associazioni: meningite, pleurite, endocardite, pericardite, artrite.

62) *Eusebio Valli e l'attenuazione dei «virus».* Nel 1799 Eusebio Valli, ammiratore di Jenner, trasmettendo la rabbia a cani con saliva di cani idrofobi, trovò che si attenuava mescolandola a succo gastrico di rana; così nessun cane inoculato divenne rabbioso, e così egli medicò il figlio di certa vedova Rossermini di Pisa e la serva morsicati da cani rabbiosi; lo comunicò all'Ispettore di Sanità di Parigi, ma non ne ebbe risposta (62). Il Valli, precursore dei metodi immunitari, finì col morire a Cuba nel 1816 inoculando su sè stesso la febbre gialla (63).

63) *G. B. Amici e le tossine.* Il modenese Giovan Battista Amici (1786-1863), una di quelle felicissime menti poliedriche di cui non fu avara la nostra Stirpe dal Rinascimento in poi, studiando nel 1852 l'oidio, previde chiaramente l'esistenza delle tossine prodotte da parassiti (64).

64) *Le tossine tubercolari e le antitossine.* A. Cantani (1837-1893) aveva messo innanzi il concetto che i germi patogeni possono spiegare la loro attività tossica con la sostanza stessa del loro corpo. Ma fu Angelo Maria Maffucci (1845-1903) che scoprì la velenosità del batterio della tubercolosi, reperto straordinariamente fecondo che fu il primo punto di partenza degli studi rivolti a trovare un mezzo razionale di cura del terribile morbo (65). Egli dimostrò (1887) che bacilli tbc. morti o uccisi producono negli animali fenomeni necrobiotici o marasmatici, spianando così la strada a Koch per arrivare alla tubercolina, e a Edoardo Maragliano per le sue vaccinazioni.

Il quale Maragliano fu il primo al Congresso di Bordeaux il 12 agosto 1895 a richiamare l'attenzione sulla produzione nell'oganismo infetto di un « movimento difensivo specifico contro l'offesa tubercolare », e cioè sulla produzione di anticorpi specifici nel sangue dei tubercolotici, punto di partenza di tutti i metodi antitossici. Behring e Know annunziarono il fatto nel settembre 1895.

65) *Vaccinazioni con microrganismi uccisi.* E. Maragliano fu il primo nel 1892 a preconizzare la vaccinazione preventiva con preparati di bacilli morti, e a studiarne diligentemente gli effetti. Egli nel 1903 comunicò di aver fin dal 1900 cominciato a vaccinare uomini con metodo jenneriano, mentre Ponndorf, anche ammesse le giustificazioni di Böhm (66), è del 1912-14. Gli studi di Calmette cominciarono nel 1920.

66) *Immunità locale.* Il Campana (sia pur partendo da considerazioni molto diverse) aveva pensato molti anni fa a utilizzare filtrati di stafilo- e di streptococchi in guisa sostanzialmente non diversa da come li usa ora Besredka nella medicazione delle mucose e della cute. Centanni nel 1894 in un lavoro sulla immunizzazione specifica degli elementi (67) precorse pure il Besredka, il quale è andato più avanti nelle applicazioni.

67) *Vicentini e Tissot.* Di recente il Tissot ha comunicato all'Accademia delle Scienze di Parigi che i batteri sono frammenti di esilissimi filamenti di muffe. Filandro Vicentini di Chieti aveva affermato nel 1890-92-93-901 (Atti R. Acc. Med. di Napoli) che quella che egli chiamò *Leptothrix racemosa* (microrganismo del Vicentini), che rinvenne nella patina dentaria, è capostipite di

(60) Atti Cult. Sc. med. e nat., Cagliari, 28, 194, 1927.

(61) Riv. storia Sc. med. e nat., a. 15, f. 11-12, 1924.

(62) FEDELI C. Rif. medica, 1925, p. 812.

(63) TRAMBUSTI A. *Le opere e i giorni*, 1924.

(64) GRASSI, l. c.

(65) Vedi anche ASCOLI A. Bioch. e ter. sperim., 13, 305, 1926.

(66) Riforma medica, 1924, p. 163, e 595

(67) BERTARELLI E. Pensiero medico, 16, 122, 1927.

batteri, per quanto non muffa, ma organismo più complesso dei batteri. Quindi quella del Tissot non è che una conferma (68).

68) *Grassi e Ross.* Le scoperte del Grassi sulla malaria, sia sul ciclo del parassita, sia sulla trasmissione da parte dell'*Anopheles*, sono anteriori alla fine del 1898, quando il Ross « vagava ancora in alto mare » (69). Invece all'estero si mette innanzi al Grassi il Ross. Vero è che nel libro *Chininum* (Amsterdam, 1925) il Grassi è messo al posto d'onore su Laveran e su Ross, ma è caso sporadico, e quando si trattò di conferire il premio Nöbel, questo fu conferito a Ross, e Grassi non ebbe neppure l'onore nel discorso tenuto per l'occasione a Stoccolma di essere nominato dal fortunato medico inglese, che pur ricordò tanti altri autori! Ross nel dicembre 1898 aveva scritto: « Per completare lo studio un'opera considerevole resta da fare, capace di occupare uno o più scienziati ». Ma nel 1905 egli stesso scriveva a proposito di allora: « Ciò che restava da fare era un lavoro da bambini ». C'è contradizione, ma si capisce: Grassi, Marchiafava, Celli, Dionisi, Feletti, ecc. avevano felicemente aperto i nuovi orizzonti.

E) Clinica Medica.

69) *L'albuminuria.* Il primo a constatare sperimentalmente l'albumina nelle urine fu Domenico Cotugno (1766-1832), della quale Bright (1836) riconobbe l'importanza nella diagnosi delle affezioni renali. Del resto come lontani precursori di Bright ricordo che Guglielmo da Saliceto (1201-1267) aveva già messo in relazione l'idropisia con la diminuzione dell'urina e la durezza dei reni; inoltre Lorenzo Bellini (1643-1701) descrivendo i tubuli renali e riconoscendone l'importanza nell'escrezione dell'urina, e il Morgagni con la sua magistrale descrizione dei fenomeni anatomopatologici spianarono la via a Riccardo Bright (1789-1858), medico dell'Ospedale Guy, al quale spetta il merito di avere unito queste osservazioni e di averne saputo trarre deduzioni importantissime.

70) *Il morbo di Hirschsprung.* Il danese Hirschsprung descrisse nel 1888 il megacolon congenito. Ma Domenico Battini di Siena alla fine del secolo XVIII ne pubblicò (purtroppo in Dizionario di medicina) una descrizione completa per dati anamnestici, clinici e anatomici, che passò ignorata (ciò però non toglie che come Vater coi suoi corpuscoli tattili passò ignorato, e dopo che Pacini li rivide, fu dai suoi connazionali imposto, almeno a fianco del Pacini, col nome di corpuscoli di Vater o di Vater-Pacini; altrettanto si possa parlare di *morbo di Battini-Hirschsprung*). Nel 1882 a Parma l'anatomista Inzani ne osservò un caso che pose nel Museo Anatomico parmense (Vedi le pubblicazioni di Tonnini e di Castaldi) (70).

71) *Gozzo esoftalmico.* E' questo uno dei morbi dove più sembrano esplicarsi i vari nazionalismi, per cui mentre i tedeschi e con loro la maggior parte dei medici d'ogni altro paese, italiani compresi, parlano di *morbo di Basedow* (che lo descrisse nel 1840 nel Casper Wochenschrift) e perfino aggettivano tal cognome nei pazienti (basedowico, basedowificato), gl'inglesi parlano di *morbo di Graves* (Robert James Graves, 1796-1853, ne parlò in una lezione nel 1835), ingenerando così anche deplorevoli oscurità nei principianti. Ma che il nostro Giuseppe Flaiani di Ancarano di Teramo (1739-1808) preceda e Basedow e Graves, è cosa più che risaputa a chi coltiva tra noi gli studi della storia della medicina, talchè alcuni tra noi parlano almeno di morbo di Flaiani-Basedow. Il Flaiani, fondatore del Museo anatomico dell'Ospedale di S. Spirito in Roma, infatti associò i sintomi gozzo e tachicardia fin dal 1802, a pag. 270 (Osservazione 67) della sua « Collezione di osservazioni e riflessioni chirurgiche ». Basterà quindi avere accennato a questo cospicuo, ma noto esempio.

72) *Morbo di Barraquer.* Si suole attribuire la descrizione della lipodistrofia progressiva al Barraquer, il quale nel 1906 a Barcellona ne descrisse un caso localizzato alla faccia e alla parte superiore del tronco, onde Marañon e gli altri parlano di lipodistrofia progressiva o morbo di Barraquer. Ma lo Zalla (71) rilevò queste chiare parole del Morgagni riguardanti l'autopsia di una donna morta a 59 anni di apoplessia cerebrale: « Primum omnium, inaequalem corporis, quod alioquin justa erat statura, nutritionem animadvertit: cum enim truncus et femora pinguia essent, crura et pedes et superiores artus praesertim erant macilenti ».

Anche De Guglielmo (72) ha ribadito che questa è la descrizione di un vero caso di lipodistrofia progressiva.

73) *L'acromegalia di Marie e la prosopectasia di Verga.* Andrea Verga (1811-1895) illustrò nel 1864 classicamente, sia dal lato clinico che dal lato anatomo-patologico, ciò che molti anni dopo si chiamò, da Marie, *acromegalia.* Verga era stato colpito più che altro dalle deformazioni facciali (prosopon) e quindi la chiamò « prosopectasia »; Marie si basò sulle deformazioni delle estremità (acros).

74) *Il sintomo di Oliver.* Si parla del sintomo di Oliver, o tra noi da molti di Oliver-Cardarelli, di Cardarelli-Oliver, secondo che si attribuisce all'uno o all'altro la priorità. In realtà sono due cose diverse: fondate sullo stesso fatto obbiettivo, cioè sul rapporto che la trachea ha con l'aneurisma aortico, ma che van rilevate con metodo diverso. Il Cardarelli stesso teneva a questa distinzione (73) e il segno da rilevare con la tecnica da lui indicata (applicando il dito sulla parte destra della cartilagine tiroidea) è di esclusiva spettanza del Cardarelli.

75) *Il segno di De Musset.* E giacchè parlo di aneurismi anche di quest'altro segno spetta a Feletti, e poi a Bruschini e Coop, la priorità: cioè dell'aver rilevato che negli aneurismi aortici si hanno oscillazioni brusche anteroposteriori della testa, isocrone al polso radiale (74).

---

(68) Riforma medica, 1926, p. 575 e 712.

(69) Grassi, l. c.

(70) Riv. Storia d. Sc. med. e nat., 15, 377, 1924.

(71) Riv. pat. nerv. e ment., 1919, p. 339; 1920, p. 25.

(72) *Sindromi neuro-ipofisarie.* Milano, Ist. ed. scient., 1928.

(73) Cardarelli. *Lezioni scelte di clinica medica.* Napoli, II ed., pag. 168, 1921.

(74) Castorina. *Fenomeni morb.* Torino, 1909.

76) *Il segno di Katzenstein.* Spetta a Rummo e Andrea Ferrannini e a Cardarelli la priorità nell'indicare quello che chiamasi segno di Katzenstein (ricerca dell'aumento della pressione sanguigna comprimendo le arterie femorali a livello del legamento inguinale) (75).

77) *Il fenomeno di Kohnstamm.* Il Castaldi (76) ha rivendicato al neurologo fiorentino Alberto Salmon, la prima descrizione del curioso « fenomeno di Kohnstamm », oggetto recentemente per la sua importanza interpretativa di molti studi italiani e stranieri (77), cioè della contrazione residuale e postuma dei muscoli striati.

78) *Il pneumotorace bilaterale.* Dopo la geniale idea di Carlo Forlanini si è provato anche a fare pneumotoraci da ambo i lati. Il merito ne è andato a I. H. Abbot (1920) e ad altri a lui successivi. Ma fin dal 1912 Maurizio Ascoli, seguito dal Fagioli (1914), aveva pensato e eseguito con successo questo pneumotorace bilaterale, come è stato rivendicato nella « Riforma medica » (78).

79) *L'encefalite letargica.* Così la disse Von Economo e a lui si dà il maggior merito di averla studiata nella ultima epidemia. Ma il Tornatola (79) di Messina ha riesumato la descrizione che dette di una epidemia nel 1557-59 il siculo Filippo Ingrassia di Regalbuto presso Catania (1510-1580); egli descrisse bene, dopo una pandemia influenzale, una « febbre cerebrale » per cui gli infermi « vegliavano dormendo e dormivano vegliando ».

F) CLINICA CHIRURGICA.

80) *Il primo che curò razionalmente le ferite.* Fu un emiliano, Cesare Magati di Scandiano (1579-1647), che insegnò a curare le ferite con raziocinio in una sua pubblicazione dal titolo « De rara medicatione vulnerum » (Venezia, 1616), abbandonando gli usi errati del tempo, senza più sfasciarle di frequente (si sfasciavano allora fino a tre volte al dì), ma fasciandole con semplici pannolini e lasciandole in riposo per 5-6 giorni; la bontà del suo metodo fu riconosciuta dal medico dell'Ospedale Maggiore milanese, Lodovico Settala, che ho già citato fra i precursori della Batteriologia e Immunologia.

81) *Le prime trasfusioni di sangue.* Dopo vaghi cenni imprecisi, il primo di cui si ha notizia certa che praticasse trasfusioni sanguigne fu nel 1628 Giovanni Colla di Belluno, professore all'Università patavina e medico di Cosimo III a Firenze. Gli seguì nel 1654 Francesco Folli, nato a Poppi nel 1624. Solo nel 1666 la trasfusione fu praticata da animale a animale in Inghilterra da Riccardo Lower, e l'anno dopo a Parigi da Giovanni Battista Denis, medico di Luigi XIV.

82) *Bottini e Lister.* Nel 1866 Enrico Bottini, allora chirurgo a Novara, pubblicò un lavoro « Sull'acido fenico nella chirurgia pratica e nella tassidermia ».

(75) FERRANNINI A. *Medicina interna.* Napoli, Idelson, 1927; FERRANNINI L. *Semeiologia.* Napoli, Idelson, 1928.

(76) Riforma medica, 1926, pag. 1028.

(77) Quaderni di Psichiatria, a. 15, n 3-4, 1928.

(78) Riforma medica, 1926, p. 1003.

(79) Atti Acc. Peloritana, a. 140, vol. 29, 1921

Egli fu il primo a indicare soluzioni di acido fenico come antisettico nelle operazioni (nel lavoro il Bottini, poi illustre clinico a Pavia, riferiva su 300 infermi da lui curati con ottimo esito) inaugurando un metodo di vera antisepsi chirurgica. Nel 1867 Giuseppe Lister di Upton nell'Essex (1827-1912) pubblicò sul *Lancet* il suo metodo di polverizzazione di soluzione di acido fenico sul campo operatorio, e di immersione degli strumenti e spugne (allora in uso) nell'acido fenico.

83) *La fascia di Esmarch.* Il dott. Grandesso Silvestri di Vicenza fin dal 1862, cioè prima di Esmarch di Kiel, iniziò la campagna in favore della fasciatura elastica degli arti per impedire le emorragie durante le operazioni su essi, e dal 1862 essa fu adottata nella Clinica padovana. Nel 1871 il Silvestri ribadisce la sua proposta con storie cliniche di amputati, nei quali invece di emostasi preventiva, aveva cinto più volte l'arto con lunghe fettucce a cinghie elastiche, tese in modo da intercettare completamente la circolazione arteriosa, e lasciandole in sito senza bisogno di sorveglianza, con un fermaglio uncinato.

Malgrado la rivendicazione che ne fu fatta da Tito Vanzetti e da Davide Giordano, si continua a parlare di Esmarch; eppure, dice il Grassi (l. c.), questo metodo « segnò un progresso immenso nel campo della chirurgia operatoria ».

84) *La cura chirurgica delle varici alla Trendelenburg.* Prima assai di Trendedenburg (1890), Tommaso Rima (1775-1843), chirurgo nell'Ospedale di Venezia, aveva precorso i tempi nella cura delle varici. In una lettura all'Ateneo (29 dicembre 1825) aveva esposto il suo metodo di legatura della safena alla coscia, invece che al ginocchio come praticò Home. La rivendicazione fu opportunamente fatta da D. Giordano (86).

85) *La posizione di Trendelenburg.* Un'altra rivendicazione del Giordano e un'altra priorità di Trendelenburg che se ne va.

La posizione declive corporea in chirurgia non fu introdotta da Trendelenburg, nè come vogliono rivendicatori francesi da Morand (1723) che la mise in pratica, nè da Rousset (1530-1603) che la indicò. Un italiano, Rolando da Parma, la praticava già nel secolo XIII. Nella edizione di Venezia, 1499, dell'opera « De roptura sifac et eius cura » non solo si legge « in primis patiens collocetur in banco caput et humeros habens depressos, ut tota intestina descendant ad pectus », ma si può godere nel codice miniato della Biblioteca Casanatense una interessantissima figura (81). Non dunque posizione di Trendelenburg, nè come vuole Boulanger, di Rousset-Morand, ma « *posizione di Rolando da Parma* ».

86) *La posizione di Walcher.* Questa posizione a coscie penzoloni, così nota agli ostetrici, che vi pongono le donne, fu invece resa nota da Sebastiano Melli e da Scipione Mercurio, a quanto afferma il Ferroni (82).

(80) *Nel centenario della dottrina di T. Rima su le varici.* Venezia, settembre 1925. (III Congr. della Soc. Ital. Storia Sc. med. e nat.).

(81) GIORDANO D. Riv. storia sc. med. e nat., a. 16, p. 189, 1925.

(82) In TADDEI. *Semeiologia fisica e diagnostica chirurgica.* Torino, Utet, III vol., p. 379, 1925.

87) *La nefrectomia paraperitoneale.* La si chiama del Bergmann, ma era stata proposta qualche tempo prima (settembre 1885) da Antonino D'Antona (1842-1914), Maestro della Scuola Napoletana.

88) *L'importanza del periostio.* Il Troja a Napoli, quegli stesso che ho ricordato per i suoi meriti nell'illustrare la struttura delle ossa, fu il primo a trasportare, sebbene imperfettamente, nel campo della chirurgia operatoria il principio della rigenerazione ossea per mezzo del periostio (1779). Bernardino Larghi (1855) ideò quelle operazioni sottoperiostali e sottocapsulari che furono, in seguito alle esperienze fattene dai chirurghi di tutto il mondo, ascritte fra le più belle conquiste della chirurgia conservatrice (83). Eppure quando nel 1867 l'eminente professore della Facoltà pavese, Luigi Porta (1800-1875), scrisse una relazione sui progressi della chirurgia d'allora in Italia, appena ricordò il Larghi, accusandolo anzi di soverchia fantasia.

89) *La dottrina di Glénard sulle ptosi viscerali.* Fu precorsa di ben due secoli dal nostro Valsalva, il quale dimostrò, anche con esperimenti sul cane, l'importanza clinica dello sfintere anale (84).

(Continua).

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VIII Congresso Internazionale di Chirurgia.

(Continuaz. e fine; vedi numero precedente).

III tema di relazione:

La cura del morbo di Basedow.

1° Relatore: L. BÉRARD (Lione). — I. - Si sono descritti nella sindrome ipertiroidea dei tipi diversi, che si possono riportare a due principali: il morbo di Basedow primitivo o gozzo esoftalmico vero e i gozzi basedovificati o adenomi tossici.

Si è cercato distinguere queste due forme in tutti i loro caratteri. In realtà non esiste una netta separazione e la sindrome di ipertiroidismo è unica.

1) Identità nelle lesioni anatomo-patologiche: l'iperplasia epiteliale è la lesione fondamentale che si riscontra nella glandola basedovica e nel parenchima che circonda l'adenoma tossico.

2) Simiglianza delle manifestazioni cliniche: non vi è alcun segno differenziale patognomonico.

3) La patogenesi identica dovuta all'alterata secrezione del parenchima iperplastico.

4) Vi deve essere identità di indirizzo terapeutico e la resezione larga della glandola alterata deve sostituire la semplice enucleazione nell'adenoma tossico.

II. - Ogni aumento di attività della tiroide determina l'acceleramento della nutrizione generale e produce i disturbi di ipertiroidismo e l'aumento del metabolismo basale (+ 15 a + 100 e 120) lo studio del metabolismo basale permette di distinguere un gozzo tossico da un gozzo semplice fin dal principio. Conferma nei casi tipici la diagnosi clinica. Permette di riportare alla sindrome ipertiroidea delle forme che se ne erano distinte e distinguere le sindromi pseudo-tiroidee. È un controllo eccellente dei risultati delle cure nel gozzo esoftalmico.

III. - Ogni basedovico prima di essere operato deve essere sottoposto ad un trattamento medico pre-operatorio accurato (riposo, somministrazione di chinino e di calmanti).

Lo iodio è il medicamento essenziale; esso produce una remissione evidente dei sintomi clinici e una diminuzione del metabolismo basale.

Questi risultati immediati non sono definitivi e lo iodio non può essere considerato come un mezzo curativo.

Lo iodio ha una grande importanza per la cura chirurgica; ne previene gli accidenti, estende le indicazioni operatorie e permette interventi più radicali.

IV. - La cura con agenti fisici (radio, raggi X) è insufficiente nelle forme gravi. I suoi risultati sono spesso passeggeri; essa rende più difficili le operazioni secondarie; non è perciò indicata che nei casi in cui è impossibile il trattamento cruento, dopo riconosciuta l'insufficienza delle cure mediche.

V. - L'anestesia di scelta negli interventi per Basedow è la locale.

VI - Operazioni:

a) la simpaticectomia non può essere considerata come un metodo curativo; dà risultati molto inferiori a quelli delle operazioni sulla tiroide. Può però conservare qualche indicazione, sia come operazione preliminare, sia secondariamente per curare un esoftalmo residuo;

b) la legatura delle arterie tiroidee è eccezionalmente capace di dare un miglioramento completo e stabile. Non ha in genere che un effetto temporaneo. Può essere usata come operazione preliminare alla resezione della tiroide. Per aumentare la sua efficacia bisogna eseguire delle angioneurectomie dei peduncoli tiroidei, in modo da agire sull'elemento nervoso nello stesso tempo che si interrompe la circolazione. La legatura delle due tiroidee superiori è il processo di scelta;

c) le tiroidectomie sono le sole operazioni logiche perchè poggiano sopra una base anatomica e sperimentale sicura.

L'emitiroidectomia è una operazione insufficiente.

La tiroidectomia subtotale, logica dal punto di vista anatomo-patologico, lecita dal punto di vista fisiologico, è giustificata dai risultati.

La tiroidectomia totale è formalmente da escludere.

VII - Lo studio delle statistiche dimostra un incontestabile miglioramento dei risultati immediati delle tiroidectomie, dovuto al principio dell'operazione precoce, alla pratica della somministrazione pre-operatoria dello iodio, all'utilizzazione di operazioni in più tempi.

La mortalità immediata può così ridursi all'1 %; il decorso post-operatorio è più semplice, le complicazioni più rare.

I risultati lontani sono pure diventati migliori: essi sono soprattutto influenzati dall'ampiezza della resezione tiroidea.

(83) GRASSI, l. c.

(84) BARDUZZI D. Riv. storia sc. med. e nat., 19, 123, 1928.

2° Relatore: G. W. CRILE (Cleveland). — L'O. considera che la surrenale è parte essenziale di un sistema indivisibile e indipendente composto dalla tiroide, dalle surrenali e dal sistema nervoso. Questo sistema ha lo scopo di adattare l'energia elettrica, trasformandola da potenziale in cinetica. I sintomi delle crisi di ipertiroidismo possiedono le stesse caratteristiche dei disturbi provocati dalle iniezioni di adrenalina. L'O. fornisce in appoggio a questo concetto delle prove evidenti e numerose sia cliniche che sperimentali e propone come soluzione per la rottura del circolo vizioso costituito dagli elementi che provocano la crisi tiroidea, l'asportazione della surrenale.

C. ha praticato alcune operazioni di questo genere, ma la sua esperienza è ancora troppo recente per trarne delle conclusioni. La relazione termina coll'analisi di più di 19.000 casi di gozzo.

3° Relatore: A. JIRASEK (Praga). — L'unica cura del gozzo esoftalmico è la chirurgica che consiste in un intervento radicale sulla ghiandola. Quanto riguarda l'importanza della tiroide nel G. E. non è certo che la ghiandola oltre che ipertrofizzata sia anche alterata o che rappresenti la causa primaria o secondaria della malattia oppure che costituisca uno dei sintomi di una sindrome pluriganglionare in cui la ghiandola può avere una importanza compensatrice. Non si deve trascurare nemmeno l'influenza del sistema nervoso, la questione dell'alterazione della qualità della secrezione e il significato del grosso timo.

I casi lievi di G. E. possono guarire con la cura medica, questa deve essere applicata sempre nel periodo preoperatorio. L'operazione è indicata nei casi di gravità media quando il trattamento conservativo è inefficace per 3-6 mesi; in tutti i casi gravi; è controindicata se esistono alterazioni secondarie gravi del cuore, fegato e reni.

Clinicamente, dall'evoluzione e dal periodo di comparsa, si distingue il gozzo esolftalmico vero (Flajani, Basedow, ecc.) e un gozzo con ipertiroidismo (adenoma tossico, gozzo basedovificato, ecc.); nel primo prevalgono con i sintomi tossici quelli simpatici, nel secondo i tossici. In più il R. distingue una sindrome simpatica basedoviforme.

Le alterazioni del metabolismo basale sono importanti per la diagnosi dell'affezione e della sua gravità e per la prognosi.

Degli interventi si deve preferire la tiroidectomia subtotale. La simpaticectomia è indicata quando per l'esoftalmo vi sia pericolo per i globi oculari, quando persistono dopo l'intervento, i disturbi simpaticogeni, e infine quando non si può praticare la tiroidectomia. Solo in questi casi c'è l'indicazione alla legatura delle arterie. La sindrome simpaticotonica basedoviforme di Labbé rappresenta indicazione netta alla simpatectomia.

L'operando va preparato prima dell'intervento con il riposo, lo iodio, la chinina, ecc.: l'anestesia migliore è quella al protossido d'azoto e la locale con la novocaina al 1/2 %.

Pratica l'incisione della pelle a collare, la legatura delle arterie, l'estirpazione extra-capsulare della ghiandola da un lato e la riduzione dell'altro lobo per resezione. Cauterizza poi la superficie cruenta. Non drena, non pratica timectomia. L'intervento è sempre completato in una seduta Ha una mortalità post-operatoria di 13,7 %. La causa di morte è quasi sempre la debolezza del cuore. Ha il 30-50 % di guarigioni complete, migliorati gli altri.

Segni migliori ma non del tutto sicuri per la prognosi sono il miglioramento del quadro clinico e l'abbassamento del metabolismo nel periodo preoperatorio.

4° Relatore: Y. NOGUCHI (Beppu, Giappone). — Nella relazione parla brevemente dei metodi operatori usati sinora; espone più estesamente la tecnica operatoria personale, che si riferisce a 1000 casi. Dà poi una classificazione sintomatica e una statistica di 800 casi operati, basata sulla gravità dei casi, l'età e le occupazioni dei malati, la mortalità operatoria e i risultati ottenuti. Infine tratta del carattere delle recidive e dall'esposizione delle sue idee e della sua esperienza giunge alla conclusione che la glandola tiroide soltanto può esser la sede della malattia.

5° Relatore: A. TROELL (Stoccolma). — La relazione dell'O. è basata su 378 osservazioni di malati affetti da tiroidite tossica (questa cifra rappresenta il 57 % del numero totale di gozzi operati nel periodo preso in esame). Centotrentasette malati appartengono agli anni 1927-28. Il 12 % dei gozzi colpivano uomini, l'80 % donne. Il grado di tossicità tiroidea raggiungeva il 65 %; nei gozzi diffusi basedovici le cifre più alte del metabolismo basale raggiungevano il 178 %; nel 49 % dei gozzi nodulari basedovici tireotossici la cifra del metabolismo basale più elevata raggiungeva il 76 %. I due tipi di gozzo diffuso basedovico e di gozzo nodulare tossico differiscono per la struttura macro e microscopica del gozzo, per la ripartizione geografica dei casi e per la sintomatologia clinica, come presentano una prognosi molto diversa.

Indicazioni operatorie: un quarto dei malati affetti da gozzo nodulare tossico sono stati operati principalmente a causa dei fenomeni tossici; negli altri vi erano anche disturbi meccanici. I malati in cui i fenomeni tossici erano gravi, con gozzo diffuso basedovico, venivano sempre operati, quando la cura medica era senza risultato, la tossicità era sufficientemente diminuita, e non sono stati mai operati nella fase ascendente del metabolismo basale.

Nei casi di tossicità media l'operazione si è talora decisa per indicazioni sociali. Nessuna cura aspettante è stata intrapresa senza il controllo del tasso del metabolismo basale. I malati affetti da malattia di Basedow senza ingrossamento della tiroide, sono stati trattati secondo gli stessi principi di quelli colpiti da gozzo.

Come trattamento preoperatorio nei casi di gozzo diffuso basedovico si è usata la medicazione iodica, secondo Plummer, che generalmente ha dato risultati soddisfacenti dopo una settimana o due. Questo trattamento riesce ad abbreviare il periodo di ospitalizzazione, diminuire il rischio operatorio e rendere operabili casi disperati.

Contemporaneamente al miglioramento clinico dovuto al trattamento collo iodio (soluzione di Lugol) si vede generalmente avvenire una trasformazione più o meno completa riconoscibile microscopicamente dalle lesioni di strumite basedovica in una strumite atossica banale.

Vengono pure utilizzate per la preparazione dei malati iniezioni di insulina e trasfusioni di sangue. L'operazione di scelta è la Strumectomia subtotale in un tempo in anestesia novocainica;

si farà seguire immediatamente la somministrazione di due litri di soluzione glucosata 5 % negli adenomi tossici isolati.

La mortalità operatoria immediata è discesa negli ultimi anni a circa 2,2 %; quasi i tre quarti degli operati per Basedow hanno potuto lasciare l'ospedale dopo meno di un mese di cura. Nei casi riesaminati la cifra del metabolismo basale nei malati affetti da strumite basedovica si è ridotta in genere di 40 unità e si è abbassata in media negli ultimi esami a più di 14 %: si è ridotta di 13 unità, cioè 13,5 %.

Circa i quattro quinti dei casi di gozzi basedovici e tre quarti dei casi di gozzo nodulare tossico mostravano all'uscita dall'ospedale una cifra di metabolismo basale di 20 % al massimo.

L'O. non ha mai corso il rischio di ledere le paratiroidi o il nervo ricorrente. Per i risultati lontani ha potuto avere risposta per un periodo di 1 a 9 anni. Nel 96 % dei casi operati: 51 % hanno riacquistato completa salute, 39 % hanno riacquistato una potenzialità totale di lavoro, malgrado la persistenza di alcuni disturbi. Recidive si sono avute nel 6 % dei casi, specialmente per insufficienza della resezione tiroidea. Nei malati in cui è stata praticata la strumectomia subtotale il pericolo di recidiva sembra escluso dopo passato un anno.

L'O. raccomanda di rioperare nei casi di recidiva. Il dimagrimento e il metabolismo basale sono i primi sintomi che vengono di regola influenzati dalla strumectomia. I sintomi nervosi e cardiaci migliorano più lentamente e in modo meno evidente, talora solo dopo molti anni. Così pure per l'esoftalmo. Il pericolo di ipotiroidismo dopo la strumectomia subtotale è minimo.

Sembra che esista specialmente quando prima dell'operazione il malato ha subito un trattamento prolungato coi raggi X. L'O. raccomanda la tirossina e la sorveglianza del metabolismo basale.

6° Relatore: T. P. Dunhill (Londra). — Distingue due tipi dell'affezione: il gozzo esoftalmico e l'adenoma tossico. Il G. E. con i sintomi oculari, nervosi, polso rapido ma regolare compare nell'età giovanile, mentre l'A. T. compare all'epoca della menopausa. In questo l'esolftalmo è raro, i sintomi nervosi poco accentuati, il polso è spesso irregolare, l'attività cardiaca meno vigorosa. Non c'è una netta distinzione ma talvolta si trovano i sintomi dell'A. T. con un gozzo diffuso e viceversa; si può osservare anche il passaggio dal G. E. in A. T.

Tre sono i fattori etiologici. Il primo è rappresentato dagli stimoli; così p. es. lo iodio il quale può determinare profonde alterazioni nella ghiandola tiroide, sia se in eccesso o in difetto; il manganese; le infezioni acute; le alterazioni delle ghiandole a secrezione interna, specie l'ovaio.

Il secondo fattore è la ghiandola tiroide stessa. Il paziente nasce con una tiroide alterata o tale da esaurirsi più rapidamente: se interviene allora uno dei fattori sopra ricordato, può esplodere la sindrome basedovica. Il terzo fattore è rappresentato dagli organi che vengono alterati dalla secrezione disordinata della tiroide. La maggior importanza tra questi, viene ad assumere il cuore. Nei giovani, per la grande resistenza del meccanismo di regolazione neuro-muscolare del cuore, si ha un solo sintoma, la tachicardia; quando l'età è più avanzata oltre alla tachicardia compaiono gli altri sintomi: l'irregolarità del ritmo, le crisi di piccolo scompenso, ecc.

Se ora il primo fattore diventa meno intenso, e ciò in relazione all'aumento dell'età e il secondo fattore necessariamente per l'involuzione della ghiandola ha sempre meno importanza sì da far regredire i sintomi oculari e quelli nervosi, si arriva al quadro dell'adenoma tossico in cui prevalgono i segni del danno irreparabile portato al cuore. Quindi A. T. e G. E. non sono due malattie diverse ma una stessa malattia in cui è variata l'importanza dei 3 fattori.

Ciò non esclude la possibilità di un gozzo tossico primario. È da tener conto soltanto che dal punto di vista della resistenza all'intervento bisogna distinguere il gozzo tossico primario dal secondario.

La cura dell'adenoma tossico primario nei primi mesi di malattia non è operativa ma medica. Se il paz. non migliora o compare qualche complicazione o quando gli stimoli abnormi sono molto attivi o le condizioni economiche non permettono una cura medica prolungata, occorre intervenire. L'A. T. secondario deve essere operato subito appena compiuta la preparazione preoperatoria.

A dare un giudizio sul risultato operatorio vale l'esame dell'app. cardiovascolare. Lo studio accurato di esso prima dell'intervento varrà a giudicare delle condizioni di resistenza del malato; in genere la fibrillazione auricolare aggrava la prognosi. Nei casi non molto avanzati, con la somministrazione di chinidina si riesce, per alcuni giorni, a ottenere un ritmo cardiaco regolare. È allora che bisogna operare e se l'asportazione del tessuto ghiandolare è sufficente, la fibrillazione non si ripresenta. L'esoftalmo invece quasi sempre rimane invariato, solo dopo operazioni molto estese può diminuire ma di poco.

La guarigione potrà essere ottenuta solo con asportazioni estese: la lobectomia da un lato e la legatura di un'arteria dall'altro non è sufficente ma alla lobectomia bisogna associare sempre una resezione estesa del secondo lobo. L'intervento ha il 2,7 % di mortalità; è più grave per i paz. anziani con gozzo tossico primario (m. di Basedow) mentre in quelli anziani con gozzo tossico secondario (adenoma tossico) il rischio non è maggiore.

È stato affermato che la somministrazione di iodio prima dell'intervento elimini la necessità della legatura preventiva delle arterie, ciò non è sempre vero; circa l'11 % dei malati non ne risente influenza alcuna.

In tutti i pazienti molto ammalati bisogna prima legare i vasi, asportare poi un lobo in secondo tempo e completare in una terza volta l'operazione.

IV Tema di relazione:

Chirurgia riparatrice dell'anca.

1° Relatore: V. Putti (Bologna). — Il R. considera nel suo rapporto i seguenti interventi operativi:

a) Ricostruzione del tetto del cotile: è indicata nelle sublussazioni congenite, nelle lussazioni congenite difficili a mantenersi ridotte e nelle lussazioni paralitiche. Non consiglia l'intervento nelle lussazioni inveterate non ridotte. Tra i metodi proposti preferisce il procedimento di un cuneo osseo prelevato dall'ala dell'ileo.

b) Artrodesi estra-articolare nella tubercolosi dell'anca.

Viene eseguita (tecnica personale) con il trapianto per scivolamento di un frammento osseo mobilizzato a spese dell'ala dell'ileo. I risultati prossimi, rispetto all'attecchimento dell'innesto, sono favorevoli, quelli lontani ancora non valutabili.

c) Ricostruzione dell'anca negli esiti di artrite acuta infantile. (Tecnica personale). Artrotomia antero-esterna, preparazioni della testa del femore, riconoscimento e svuotamento del cotile dalle masse cicatriziali. Sezione obliqua del trocantere alla base e riduzione del moncone femorale nel cotile. Segue la fissazione del gr. trocantere alla metafisi femorale e la chiusura a strati, completa, della ferita. Immobilizzazione per 6 mesi.

d) Artropiastica nell'artrite deformante. È indicata negli individui di 30-40 anni, che sono obbligati a lavorare.

e) Biforcazione di Lorenz nella cura della lussazione congenita irriducibile o inveterata. È una operazione palliativa capace, meglio di qualsiasi altra, di risolvere questo difficile problema curativo con il minimo del rischio.

2° Relatore: P. Mathieu (Parigi). — Nella chirurgia dell'anca occorre ricorrere a larghe incisioni, alla utilizzazione di tavoli ortopedici, ecc. Di grande aiuto è la resezione temporanea del gr. trocantere.

Con la chirurgia restauratrice si possono ottenere i seguenti risultati:

1) ricostruzione della testa femorale negli esiti delle fratture del collo;

2) stabilizzazione della testa femorale lussata nelle lussazioni e sublussazioni congenite;

3) mobilizzazione dell'anca anchilosata (artroplastica);

4) ricostruzione, nei casi di lesioni distruttive, di una articolazione stabile, mobile, indolente;

5) anchilosi dell'anca dolorosa o ballante.

Le indicazioni si possono così riassumere:

per le pseudartrosi del collo l'osteosintesi con caviglia di osso vivo o morto con o senza artrotomia e nei casi di distruzione estesa del collo una operazione ricostruttiva;

nelle sublussazioni e lussazioni congenite incoercibili, la stabilizzazione con lembi osteoplastici della testa ridotta nel cotile da risultati notevoli;

nelle lussazioni irriducibili anteriori, la costituzione di una caviglia anteriore assicura la stabilità e l'indolenza dell'anca. Nella lussazione posteriore irriducibile l'azione della caviglia è meno costante;

nelle anchilosi bilaterali l'artroplastica da un lato è una indicazione formale;

l'anca dolorosa, l'anca ballante non congenita, le pseudo lussazioni sono indicazioni sia per l'artrodesi che per una operazione ricostruttiva. L'artrodesi estra-articolare è il trattamento di scelta in alcuni esiti della coxalgia.

3° Relatore: A. Ashhurst (Filadelfia). — Di 100 operazioni che ha eseguito l'86 % erano interventi ricostruttivi o riparatori. Le indicazioni per l'artroplastica tipica sono molto limitate, quelle per le ricostruzioni sec. Withman sono molto estese. Egli dà la preferenza a questo metodo nelle lussazioni patologiche e nelle lussazioni congenite in adulti. L'artrotomia nell'anchilosi da coxite tbc. dà buoni risultati.

4° Relatore: S. Hybbinette (Stoccolma). — Aggredisce l'articolazione dell'anca con una incisione arcuata che dalla sp. il. A. S. arriva alla base del gr. trocantere e da qui va posteriormente in alto e in dietro. Reseca l'apice del trocantere e lo solleva a lembo con tutte le parti molli. Usa interporre fra le superfici articolari lembi liberi di fascia e grasso. Crede che abbia grande importanza per la stabilità dell'articolazione, la conservazione di una parte del leg. ileo-femorale che asporta invece con la capsula quando vuol ottenere una buona mobilizzazione dell'articolazione. Questa riesce bene nei casi di artrite deformante con tendenza al deposito di osteofiti e alla sclerosi, mentre nella forma con vasti territori di rarefazione dà migliori risultati l'anchilosi, l'unica capace di evitare il dolore.

In casi di lussazioni congenite inveterate ha ottenuto buoni risultati con la formazione di un nuovo cotile e l'impiego di una tecnica come quella usata per ottenere l'anchilosi.

Se la testa è molto alta, nelle lussazioni bilaterali preferisce la creazione di un appoggio alla testa con la fissazione di un grosso trapianto osseo al margine superiore dell'acetabolo.

I risultati che si ottengono sono dipendenti in gran parte dalla volontà del paziente e da un trattamento ginnastico prolungato.

* * *

L'ultima seduta del Congresso fu dedicata alla visione di pellicole cinematografiche di operazioni. Vennero proiettate *film* americane, cecoslovacche, francesi. Il prof. Alessandri presentò 4 *film* di chirurgia gastrica eseguito dall'Istituto L.U.C.E. nella R. Clinica Chirurgica di Roma: Resezione per cancro dello stomaco; R. per ulcera gastrica e duodenale; R. per ulcera peptica post-gastro-enterostomia e una duodeno-digiunostomia per megaduodeno. Prolungati applausi dissero l'ammirazione dei congressisti per la perfezione e la chiarezza dei dettagli delle *film* italiane, di gran lunga superiori alle altre proiettate.

Nelle giornate del Congresso furono tenute numerose sedute operatorie nelle due cliniche chirurgiche e nei vari ospedali di Varsavia.

Il numero dei soci italiani è stato portato a 150 eguagliando così quello della Francia e dell'Inghilterra; per acclamazione è stato riconfermato presidente del Comitato Italiano il prof. R. Alessandri, che è anche componente italiano del Comitato Scientifico per la scelta dei Relatori. Vicepresidenti del Comitato Italiano sono i proff. B. Rossi e M. Donati.

Il prossimo Congresso avrà luogo a Madrid nel 1932; presidente il prof. I. Lorthioir, vice-presidente il prof. De Quervain.

Temi di relazione per il prossimo Congresso saranno:

a) Chirurgia dei tumori intra-rachidei;

b) Suppurazioni polmonari non tubercolari;

c) Chirurgia dell'esofago.

Il quarto tema sarà scelto dal Comitato Scientifico.

P. Valdoni.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le mialgie reumatiche.

H. Verger e P. Delmas-Marsalet (*Revue de médecine*, 1928, n. 6) enumerano i seguenti caratteri essenziali delle mialgie reumatiche:

1) dolore spontaneo in rapporto con l'espletamento delle funzioni di attitudine;

2) scomparsa o diminuzione del dolore quando l'individuo prende una posizione tale che la funzione di attitudine non si esercita più;

3) dolorabilità del muscolo nella funzione di attitudine, mentre essa può mancare durante altri movimenti, attivi o passivi del muscolo stesso;

4) topografia strettamente muscolare e, spesso, funzionale del dolore spontaneo e provocato (pizzicottamento);

5) carattere algesiogeno di tutte le manovre che tendono all'allungamento del muscolo;

6) assenza di ogni sintomo pertinente al sistema nervoso, centrale o periferico, anche dopo un bagno caldo;

7) efficacia dei rimedi abituali del reumatismo acuto, specialmente se introdotti nel muscolo malato;

8) attitudine alle recidive.

La mialgia reumatica, salvo i casi di simulazione può essere confusa con:

1) algie della cute e del connettivo sottocutaneo (celluliti) il quale, alla palpazione, si sente infiltrato di nodosità irregolari, mal delimitate, che danno spesso una sensazione di crepitazione, come quando si stringe dell'amido. All'arto inferiore, la cellulite può avere una topografia a cucitura di pantalone e può presentarsi come una meralgia parestesica L'*algia mixedematosa* si manifesta specialmente in donne obese, di 20-40 anni, in forma di dolore diffuso ad uno o ad entrambi gli arti inferiori, che si accentua con la stazione eretta e col camminare; guarisce con l'opoterapia;

2) algie di origine vascolare del morbo di Raynaud, dell'eritromelalgia, della causalgia (sede distale, disturbi vascolari);

3) algie nervose periferiche derivanti da radicolite o troncolite, con modificazioni della sensibilità e dei riflessi;

4) algie di origine ossea od articolare (morbo di Pott, artriti croniche, reumatismo, sacralizzazione); in tali casi, le masse muscolari, contratte, sono raramente dolorose alla pressione;

5) algie di origine viscerale, con proiezione superficiale (lombalgie della litiasi renale, dolori alle natiche di origine utero-annessiale);

6) algie muscolari degli stati ipertonici, affini al morbo di Parkinson, a tipo di algia leggera, continua, con parossismi;

7) la mialgia gottosa si ha in un periodo tardivo, quando la malattia si è già annunziata con le manifestazioni articolari.

Terapia. Anzitutto, evitare: cloruro di etile, iniezioni di aria, di siero o di glicerofosfato di sodio al punto di emergenza dei nervi, punte di fuoco, meccanoterapia.

La terapia analgesica comprende la somministrazione di aspirina, di fenacetina e simili, la termoterapia, loco dolenti (doccie di aria calda, bagni di luce, diatermia); talvolta si sono avuti buoni risultati con l'iniezione epidurale di 20-40 cmc. di novocaina a 1/200, o con la galvanizzazione.

La terapia specifica si riassume nell'uso del salicilato di sodio (iniezioni di una soluzione al 3 %, nello stesso muscolo) e nella jonizzazione salicilata del muscolo. Le cure idrominerali ed i fanghi sono adatti per il periodo di convalescenza. *fil.*

L'infiltrazione cellulitica degli arti inferiori.

La cellulite, o meglio, secondo Lévy-Franckel e Juster (*Le Bull. médic.*, n. 18, 1929), l'infiltrazione cellulitica è caratterizzata dalla tumefazione di certe regioni del corpo, e dalla presenza, in queste, di varie nodosità. Essa coesiste spesso con l'eritrocianosi sopra malleolare e rappresenta una sindrome patologica composta di 2 elementi fondamentali: l'infiltrato interstiziale con ostacolo al drenaggio linfatico, e la retrazione dei tessuti sull'infiltrato.

Non si accompagna sempre a eritrocianosi; talora forma, infatti, una massa compatta e fredda, il cui impasto scende sotto i malleoli: rientra in questo quadro l'edema circoscritto del dorso del piede.

Talora, invece delle tumefazioni pastose, si tratta di infiltrazioni secche, a granuli netti, ben isolati o riuniti in nodosità che possono disfarsi sotto il massaggio; talora queste tumefazioni sono dolorose.

Bisogna distinguere la cellulite dall'adiposità (che spesso coesiste) e dalle infiammazioni acute o suppurative del tessuto cellulare (rosse, dolenti e calde).

La natura esatta di queste infiltrazioni è oggetto di studio: alcuni parlano di un terreno epatico predisponente, altri di tubercolosi ed altri di artritismo: per questi ultimi le nodosità sarebbero analoghe ai tofi, e i dolori alle crisi gottose.

Non tutti i soggetti possono essere colpiti da simili infiltrazioni: senza dubbio occorre anche tener conto di altri fattori (influenze endocrine, sistema vegetativo, ecc.).

La cura si basa sul massaggio, la diatermia, l'applicazione di corrente ad alta frequenza, e sulla cura di evitare tutto ciò che possa provocare stasi e compressione. V. SERRA.

Affezioni infiammatorie ed ematomi della parete addominale.

Wehik (*Acta chirurgica Scandinava*, 25 giugno 1928) ha osservato dal 1921 al 1927 nella Clinica chirurgica dell'Ospedale di Dorpat 20 casi di affezioni della musculatura della parete anteriore dell'addome, di cui 3 di origine traumatica e 17 d'origine metastatica.

Tali casi dal punto di vista etiologico, si possono dividere in 4 gruppi:

1) Rotture traumatiche della musculatura addominale senza alcuna tendenza alla suppurazione;

2) Rotture spontanee della musculatura addominale in seguito a degenerazione o atrofia;

3) Rotture spontanee dei vasi epigastrici in seguito a lesioni acute o croniche delle loro pareti. Tali rotture si possono verificare nel tifo, nell'influenza, nella dissenteria, nel tetano, nel vaiuolo, nella malaria, nell'arteriosclerosi, nell'alcoolismo, durante la gravidanza. In queste condizioni bastano piccoli sforzi per provocare la comparsa o un ematoma;

4) Le suppurazioni della parete addominale sono generalmente metastatiche, con punto di partenza in focolai infettivi primitivi o in infezioni miste da piogeni nel corso di malattie infettive specifiche. Si possono avere suppurazioni dette idiopatiche, che bisogna considerare come metastasi di focolai d'infezione latente.

Le rotture e le affezioni infiammatorie della musculatura addominale ad inizio brusco possono, irritando il peritoneo parietale, dare sintomi a tipo peritonitico e simulare così affezioni intraaddominali acute.

Gli ematomi e gli ascessi possono essere localizzati tanto a destra che a sinistra, e sono nettamente arrestati dalle inserzioni tendinee.

Un segno importante per la diagnosi differenziale è costituito dal fatto che il tumore è facilmente spostabile quando la parete addominale è rilasciata ed è immobile quando la parete stessa è contratta.

DR.

TERAPIA.

La cura della colica nefritica.

Fey e Asselin (*Bulletin Médical*, 6 luglio 1929) si occupano della cura della colica nefritica che consta di due tempi: 1) cura immediata della colica nefritica come sintoma doloroso; 2) cura dell'affezione causale che deve essere ricercata per evitare non solo il ritorno di altre coliche, ma anche l'alterazione anatomica del rene, che si accentua con il ripetersi delle coliche.

La cura immediata della colica in sè consiste sempre nella somministrazione per via ipodermica della morfina, che è la più semplice e la più diffusamente praticata. La morfina nella grande maggioranza dei casi riesce a calmare il dolore ed a provocare la cessazione dello spasmo.

Nei casi rari, nei quali la colica nefritica non cede agli analgesici e agli antispasmodici, conviene ricorrere al cateterismo ureterale.

Calmata la crisi occorre ricercare le cause della colica. Al riguardo bisogna innanzi tutto praticare una radiografia che può mettere in evidenza la calcolosi.

Se, come è frequente, la radiografia è negativa e le coliche si ripetono si pratica la pielografia e la pieloscopia. La pielografia può rivelare l'esistenza di un rene mobile o la deformazione prodotta dal passaggio di un'arteria anormale. La pieloscopia può confermare il disturbo muscolare. Tutti gli individui affetti da colica nefritica presentano alla pieloscopia evacuazione anormale dei bacinetti, che possono essere ipercinetici e, quando la lesione si accentua, assumono forme di ritenzione cronica incompleta ed alla fine ritenzione completa, che sarà sempre accompagnata da distensione molto pronunziata.

In effetti la colica nefritica è dovuta ad uno spasmo, ad un crampo della musculatura pielitica, il quale si produce quando questa musculatura è deficiente o esistono disturbi nell'evacuazione del bacinetto. DR.

Effetti della ioscina e della morfina sulla funzione renale.

L'utilità della ioscina e della morfina per calmare il dolore, per sedare i psicopatici e per altre diverse condizioni che si presentano nella pratica è ben nota. Allo scopo, però, di assicurarsi che tali medicamenti non abbiano alcuna azione nociva e si possano somministrare tranquillamente a molti malati, era opportuno conoscere anche il loro effetto sulla funzione renale, il che è stato studiato da R. W. Barnes (*American medicine*, febbr. 1929), il quale lo ha determinato con ricerche sulla eliminazione della fenolsulfonftaleina.

Risulta che la ioscina, come la morfina ed anche l'atropina, nelle consuete dosi terapeutiche, hanno poco o punto effetto sulla funzione renale e quindi non sono controindicate nei casi in cui tale funzione è diminuita.

fil.

L'azione diuretica del citrato di soda.

L'azione diuretica del citrato di sodio, oltre quella anti-edematosa, è stata notata nettamente in tre malati, da parte di Bustos (*Rev. Med. de Chile*, n. 2, 1929).

L'iniezione intravenosa, fatta per parecchi giorni di seguito, era di 5 cmc. di una soluzione al 20 %.

Tale effetto, così come l'eliminazione massiva di NaCl, sembra paradossale, dopo i lavori di Blum, secondo il quale il sodio rappresenta nel NaCl l'elemento primordiale della ritenzione. L'A. dopo una lunga discussione, pensa che probabilmente per un'azione sul potere di assorbimento delle albumine del sangue, il citrato di sodio richiama sul siero sanguigno i prodotti di ritenzione nel tessuto in-

terstiziale, in modo da ristabilire un equilibrio normale di pressione tra questi due elementi.

Il citrato di sodio, del resto, non agisce che in limiti di concentrazione ben determinati. Occorre far intervenire un'azione su l'equilibrio vago-simpatico? L'A. si propone appunto di stabilire ciò con ricerche successive.

A. P.

La terapia delle nefrosi con estratti epatici.

Si tratta delle nefrosi genuine col quadro clinico descritto dal Volhard, la cui terapia è oltremodo difficile.

Ne descrive un caso tipico L. Rohácek (*Zentrbl. f. inn. Med.*, n. 15, 13 aprile 1929), riguardante un paziente ammalatosi improvvisamente con edemi imponenti, oliguria, albuminuria (24 %), scarsa eliminazione dell'azoto nel sangue (0,19 ‰) e di cloruro sodico (5-10 gr. al giorno).

Istituitasi dapprima terapia a base di urea, si ebbero effetti discreti sulla diuresi e sull'eliminazione dei cloruri, seguìti però da ulteriori peggioramenti. Nè in miglior modo influì la tiroidina.

L'A. allora, partendo dalla premessa che in queste affezioni si tratta fondamentalmente di una alterazione del ricambio, in rapporto con disarmonie funzionali del rene da un lato, e del fegato dall'altro, e rammentando i buoni resultati ottenuti dagli autori francesi in malattie renali con gli estratti del rene stesso, adottò una terapia basata su questi concetti.

Infatti l'iniezione di renina e di epatina, proseguita per più giorni, determinò un aumento notevole della diuresi e dell'eliminazione del cloruro sodico, con sensibilissimo miglioramento del malato e scomparsa dei sintomi morbosi. Analogo brillante effetto si produsse in via sperimentale, eseguendo sullo stesso malato le prove dell'acqua e della concentrazione.

Nelle nefriti, invece, la somministrazione di renina e di epatina non riuscì a mutare il corso della malattia, pur conservandosi l'azione suddescritta. Resultati egualmente negativi si ebbero nelle cirrosi epatiche atrofiche.

Dal complesso delle sue osservazioni, l'A. crede di poter concludere per una patogenesi extrarenale delle nefrosi.

M. FABERI.

MEDICINA SOCIALE.

Questioni mediche circa la permanenza dei bambini al mare e in montagna.

I resultati globali della permanenza dei fanciulli in località di mare o di montagna, osservati sopra un totale di circa 20.000 soggetti inviati nel corso di 7 anni dalle casse mutue di malattia di Vienna, sono stati, secondo L. Moll (*Med. Klin.*, n. 32, 1929), i seguenti:

Miglioramento dello stato generale di nutrizione, dell'accrescimento corporeo e della forza muscolare; miglioramento dell'aspetto esteriore del bambino (colore e sanguificazione della cute e delle mucose visibili); aumento della massa sanguigna e del peso; aumento della resistenza verso le infezioni, e sopratutto verso le affezioni delle prime vie aeree. E tutto ciò per un periodo di permanenza di un paio di mesi, nelle migliori condizioni di ricovero e di assistenza.

Ma perchè tali resultati possano essere raggiunti, è necessario che la scelta della località sia fatta alla stregua di precisi criteri medici.

I fattori climatici, infatti, sono ben differenti al mare e in montagna, come pure le loro correlazioni variano da un punto all'altro (venti, umidità, pressione, irradiazioni ecc.). Tali fattori, inoltre, agiscono sull'organismo in maniera diversa, per cui è necessario por mente, prima dell'invio, alla costituzione del bambino, ed agli stati morbosi eventuali. Così, ad esempio, è risaputo che i bambini i quali soffrirono di otite, presentano facilmente al mare una riacutizzazione della malattia, e che il mare è controindicato nelle forme di tubercolosi polmonari e laringee aperte, come pure, sebbene con riserve, nei postumi di pleurite e di tubercolosi peritoneale. In questi casi è più giovevole la permanenza in collina boscosa o in montagna. Egualmente resultati migliori e più duraturi si hanno per le forme asmatiche con il clima di altitudine, piuttosto che con quello marino.

Il mare trova invece indicazione in tutti quegli arresti di sviluppo dipendenti da disturbi della nutrizione, da inappetenze nervose, da pregresse malattie infettive, da infezione tubercolare; nonchè nella tubercolosi delle ghiandole peribronchiali, nonchè nella rachitide di qualsiasi forma, e nella tubercolosi articolare.

Non saranno poi inviati al mare i soggetti con reumatismo articolare cronico, quelli con nefropatie, con malattie del cuore e dell'apparato circolatorio, con sindromi endocrine (pallore, adiposità, stancabilità).

Durante la permanenza nel luogo di cura dovranno usarsi speciali riguardi a seconda della malattia da curare, e sopratutto nei disturbi intestinali facilmente recidivanti con diarrea, rammentando come il cambiamento di aria risveglia spesso un appetito improvviso ed insaziabile, che va opportunamente controllato.

Il personale addetto, infine, curerà l'assistenza psichica dei fanciulli, usando tutte le attenzioni necessarie affinchè non venga rimpianto e desiderato l'ambiente domestico.

Molto meno sensibili e duraturi sono, paragonati con quelli ottenuti mercè il soggiorno in località climatiche, quelli ottenuti col semplice soggiorno all'aria aperta, in località periferiche delle grandi città, e ciò a causa della mancanza, in questo secondo caso, dello stimolo climatico di cui si è detto all'inizio.

M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Puntura mortale da Vespa crabro. — Al dott. R. V., di M. di A.:

Le punture delle api, delle vespe dei calabroni dànno d'ordinario fenomeni locali ben noti. Raramente per una sola puntura si hanno fenomeni generali: febbre, cefalea. Le punture molteplici dànno fenomeni generali più gravi (sindrome nervosa per lo più caratterizzata da delirio, sonnolenza, lipotimie), talora la morte.

Nella letteratura però sono descritti casi (quasi sempre si tratta di bambini di 3, 6, 10 anni) mortali per la semplice puntura di un'ape, di una vespa (v. Hasselt-Caffe), di un calabrone.

Le punture mortali colpiscono la regione temporale e in generale il capo. Anche adulti sarebbero morti per la puntura di un'ape. Il suo caso quindi non sarebbe unico nella letteratura medica.

Difficile è rendersi ragione dell'avvenimento. La quantità di veleno non è d'ordinario sufficiente a provocare la morte neppure se inoculato direttamente nelle vene; si deve trattare, con ogni verosimiglianza, di ipersensibilità naturale (idiosincrasia) o acquisita al veleno specifico. T. PONTANO.

Lo jodio nella tubercolosi polmonare. — Al dott. A. F., da T.:

Le cure jodiche nei processi tubercolari chirurgici sono ritenute di indubbia efficacia; forse più utili se lo jodio direttamente può essere portato a contatto del focolaio specifico (testicolo, articolazioni, ascessi freddi).

Non eguale ottimismo si può manifestare sull'uso dello jodio nelle lesioni tubercolari del polmone. Azione incerta, resultati non decisivi; non rari i danni diretti: fenomeni congestizi, emoftoe ecc. In generale è preferibile astenersi dai preparati jodici nella tubercolosi polmonare: talora possono essere tentati con prudenza in soggetti a ricambio torpido, con forme sclerotiche, apirettiche e con stato generale buono, senza emottisi.

Credo superfluo aggiungere che col fermarsi troppo sull'azione incerta di questi medicamenti si passa il rischio di perdere di vista la vera direttiva razionale nell'indirizzo curativo della tubercolosi che si riassume: *nel clima, nel riposo, nell'alimentazione;* in queste vie fondamentali trovano applicazione quelle provvidenze igieniche, e tutti i mezzi di cura specifica e sintomatica a disposizione del medico, e, quando l'indicazione sia precisa, la collassoterapia pneumotoracica. T. PONTANO.

Sulla vaccinazione antitifica. — Al dott. U. B., abb. n. 2602:

Sul valore della vaccinazione antitifica per via boccale ancora non si può dare un giudizio definitivo: recenti esperienze su animali e tentativi su gruppi di pazienti non sono favorevoli alla pratica della vaccinazione orale.

Tutti gli altri quesiti (quanto dura l'immunità, dopo quanto tempo si determina, si può ripetere ecc.) non trovano naturalmente risoluzione.

Purtroppo le risposte a tal genere di problemi non possono essere nette come sarebbe desiderabile; lo stato delle cose è quello che è; e i problemi di biologia e di medicina non sono teoremi di aritmetica.

T. PONTANO.

VARIA.

Il beri-beri negli Stati Uniti.

L. Scott e G. R. Herrmann segnalano la frequenza del beri-beri nella Luisiana, ove è conosciuto da tempo col nome di *malattia delle gambe.*

Si credeva che il beri-beri fosse proprio dei popoli orientali di zone tropicali e subtropicali; ma si è manifestato e diffuso nella Luisiana a partire dal 1903, in coincidenza con lo sviluppo straordinario ivi assunto dalla risicoltura e col forte consumo di riso, il che conferma trattarsi di avitaminosi B.

Gli AA. credono che altri fattori concorrano a favorire la malattia, come il lavoro dei risaioli in acqua fredda e fangosa e l'abitazione in case insalubri.

Nel 1921 la malattia assunse diffusione epidemica, probabilmente a causa della carestia, che obbligò ad un maggior consumo di riso. Anche nel 1923 la malattia fu molto estesa.

La maggior parte dei casi si presenta in autunno, quando è maggiore il consumo di riso. Viceversa, non si osservano casi nuovi durante l'inverno, quando la dieta è più varia, integrata da carne, patate, pane di frumento.

L'inizio della malattia è insidioso. Quando la malattia è conclamata, si presentano tre gruppi di sintomi: 1° cardiaci (palpitazione, tachicardia, dispnea cardiaca, edemi alle gambe, ecc.); 2° neuritici (debolezza alle gambe, dolori malleolari, parestesie, ecc.); andatura caratteristica, come su terra attaccaticcia; 3° gastro-intestinali (non manca mai il dolore alla pressione dell'epigastrio; eventualmente si osservano nausee, vomiti, stitichezza e poi diarrea, ecc.). La morte è determinata da insufficienza cardiaca o da malattie intercorrenti. La somministrazione di vitamina B determina una guarigione lenta.

Le misure profilattiche sarebbero facili: consumare riso non troppo decorticato e brillantato; ovvero far uso di vitamina B, estratta dalla stessa pula di riso; o, meglio, integrare largamente la dieta di riso con cibi svariati.

O. F.

(*Ann. d'Ig.*, gen. 1929).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XXII Congresso dei Medici Condotti.

Nei giorni 21 e 22 settembre si è svolto a Cagliari il XXII Congresso dei Medici Condotti. Alla seduta inaugurale hanno partecipato gran numero di autorità politiche: S. E. l'on. Cao, l'on. Lusignoli, S. E. il Prefetto gr. uff. De Tura, S. E. l'Arcivescovo Piovella, l'on. Tredici, il Segretario Federale dott. Usai, il Podestà avv. Endrich, il Preside della Provincia avv. Renato Piga, il Comandante Militare della Sardegna generale gr. uff. Gastone Rossi, il Comandante delle Camicie Nere dell'Isola luogotenente generale comm. Sillingardi, l'Ispettore generale dell'A. N. P. I. dott. Luigi Contu, il vice Prefetto Barone Cadelo, il vice Podestà colonnello Sanna, il Segretario Provinciale del Pubblico Impiego dott. Vitale Cao di San Marco, e i membri del Direttorio Nazionale dei Medici Condotti.

La cerimonia si apre con la lettura dei telegrammi di adesione che portano la firma di S. E. Bottai, di S. E. Augusto Turati, dell'on. Teruzzi, del dott. Arnaldo Fioretti.

Seguono i discorsi d'introduzione e di saluto del Podestà, avv. Endrich, del dott. Cruccu, segretario provinciale dell'Associazione Medici Condotti; del dott. Usai, segretario federale; dell'on. Lusignoli, segretario generale dell'Ass. gen. fasc. del P. I. e di S. E. Cao di S. Marco.

Nella seduta del pomeriggio, dopo i discorsi del dott. Costa, presidente dell'Ordine dei medici, del prof. Laj, presidente della Sezione della Croce Rossa, dell'on. Ascione, del comm. Montemurri e del dott. Francioni, per delegazione del Congresso l'on. Lusignoli nomina presidente del Congresso il dott. Luigi Contu. Ispettore generale dell'Associazione del Pubblico Impiego; vice presidenti il dott. Virgilio Croccu di Terralba, il dott. cav. Cesare Colombarolli di Verona, il dott. Luigi Tatulli di Matera; segretari i dottori cav. Cesare Alzona di Matera e cav. uff. G. B. Barestrelli di Siena; commissari per la verifica dei poteri: il dott. Molinari di Reggio Calabria, e il dott. Zinelli di Mantova.

Indi si leggono le altre adesioni pervenute: dell'on. Fioretti, segretario del Sindacato Nazionale Medico Fascista, e degli on. Putzolu, Caprino, Pala e molte altre personalità del Partito e dell'amministrazione tra cui S. E. Fornaciari, direttore generale della Sanità Pubblica, l'ammiraglio Sechi, il sen. Lustig, grand'uff. Sileno Fabbri, il sen. Maragliano, il presidente della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, il Governatorato di Roma, l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, l'on. prof. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro, il prof. Achille Sclavo, il prof. Medolaghi, il prof. Maggiore e numerosi ufficiali sanitari delle principali città.

Il presidente dà quindi la parola all'on. Lusignoli, per la *relazione morale*.

Il giovane gerarca, accolto da una calorosissima dimostrazione, esprime la propria gioia di trovarsi tra i medici, e li ringrazia per le calorose, cordiali manifestazioni tributategli. Egli ricorda come oltre un anno e mezzo fa, quando assunse la diretta e personale direzione dell'Associazione dei Medici Condotti, fu accolto con un senso di malcelata diffidenza, senso che, al Congresso di Torino, si trasportò in benevola attesa. L'on. Lusignoli è lieto di aver constatato che il Congresso, con i plausi tributatigli, ha dimostrato che ormai egli gode la piena fiducia. Ormai nessuno osa più dubitare che si pensi di sopprimere l'Associazione dei Medici.

L'on. Lusignoli constata che l'organizzazione, in se stessa, va bene: il numero degli inscritti, malgrado non poche e notevoli difficoltà locali, è aumentato considerevolmente, sì da raggiungere la quasi totalità; questo perchè i Medici comprendono, meglio che numerose altre categorie, l'importanza dello spirito organizzativo.

L'oratore passa poi ad esaminare in rapida e felice sintesi i problemi più interessanti per l'organizzazione, soffermandosi con attenzione particolare sulla valorizzazione morale della classe, sull'opera dei Medici condotti per la lotta contro la tubercolosi, e sulla discussa questione delle mutue di previdenza.

Infine l'on. Lusignoli, prima di cedere la parola, per la parte tecnica, al dott. Arnaldo Lusignoli, chiede se il Congresso ritenga opportuno che egli — non medico — rimanga ancora a capo dell'Associazione. Quando ne assunse la direzione, essa traversava un momento particolare dato anche l'indirizzo della politica sociale ed igienica del Governo, indirizzo che per altro permane tuttora.

Il Congresso, con ripetute e calorosissime acclamazioni, dà una risposta esplicita alla domanda rivoltagli dal Segretario Federale.

Il presidente dà quindi la parola al dott. Arnaldo Lusignoli.

Il quale riferisce sulla ricostruzione della carriera e sul riconoscimento della anzianità in caso di passaggio da una condotta all'altra; sulle riduzioni ferroviarie; sulla personalità giuridica del medico condotto; sulle indennità dei mezzi di trasporto; sul diritto al riposo settimanale; sui concorsi; sui procedimenti disciplinari; sui consorzi; sugli stipendi; sulle inscrizioni alla M. V. S. N. Prendono parte alla discussione i dottori Rossi, Casati, Piraneggiani, Trozzi, Castelli, Imparlato, Bolroa, Chierici, Zanetti, Molinari, Stefanutti, Franceschini e Bacci.

Poi il rag. Dante Cosi parla del trattamento di quiescenza.

Alla discussione partecipano il dott. Casati, il

dott. CHIERICI, il dott. DEL GUASTA, il comm. CALISSANO ed il dott. ALZONA.

Indi la seduta è tolta ed i lavori sono rinviati all'indomani.

* * *

Nella seduta antimeridiana del 22, il dott. GRANATA riferisce sulla *lotta antitracomatosa in Sardegna.*

Aperta la discussione, il prof. FRANCESCO MURA riassume in chiara e rapida sintesi i risultati della lotta già esposti dal dott. Granata e li raffronta con i risultati conseguiti nelle altre regioni, facendo un quadro completo dello stato di diffusione del tracoma in Italia.

Sulla relazione Granata prendono anche la parola il dott. PASQUALI che fa alcune osservazioni sul trattamento del tracoma, ed il dott. FRANCIONI che illustra l'opera della Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali.

Indi il prof. R. BINAGHI, Rettore della Università, parla dell'*echinococcosi* e della *lotta contro il cancro.*

Seguono le relazioni sulla *lotta antimalarica* del dott. CRUCCU e del dott. A. LUSIGNOLI.

Alla discussione partecipano il prof. AGOSTINO CASTELLI, il dott. FRANCIONI e il dott. ROSSI di Perugia.

Con un'ordine del giorno presentato da quest'ultimo, le relazioni Cruccu e Arnaldo Lusignoli sono approvate per acclamazione.

I revisori dei conti, dottori MOLINARI, ZINELLI e BOBBA, riferiscono sulla ottima relazione amministrativa presentata dal dott. Valesano, esponendone le lusinghiere risultanze e proponendo l'approvazione che il Congresso dà per acclamazione con vivi applausi, che per la loro spontaneità dimostrano la piena soddisfazione dell'Assemblea per la delicata opera amministrativa svolta con tanta scrupolosità e oculatezza dal dott. Valesano.

Su proposta dell'on. LUSIGNOLI, i dottori Bobba, Molinari e Zenelli vengono riconfermati in carica per il prossimo anno.

Il dott. DELBUE presenta la sua relazione sulla *lotta contro la tubercolosi*, nella quale riferisce sull'attuazione del metodo italiano di lotta antitubercolare in un primo gruppo di provincie, essendo limitato l'esperimento — per accordi col Segretario Generale — a quindici provincie: Ascoli Piceno, Bergamo, Bologna, Brescia, Brindisi, Como, Macerata, Mantova, Modena, Pistoia, Reggio Emilia, Rieti, Siena, Verona, Vicenza.

Il dott. BONIFAZI riferisce su l'esperimento di vaccinazione preventiva Maragliano, affidata ai medici condotti.

Aperta la discussione sulle relazioni Delbue e Bonifazi, vi partecipano i dottori BERGALLI, GENTA, AGOSTINELLI, TRULLI, DOSI, OPPI e CASATI, portando largo contributo di idee, e riferendosi particolarmente all'attuazione dei vari metodi di cura.

Approvate tra applausi vivissimi le due relazioni, il Congresso, alle 12,40 rinvia la seduta al pomeriggio.

* * *

Nella seduta pomeridiana, il dott. TRULLI riferisce sull'interessante e discusso problema delle *assicurazioni malattie e Mutue*, trattando l'argomento con la speciale competenza che gli è propria e alla fine del suo dire è vivamente applaudito.

Dopo il dott. Trulli parla il dott. GENTA che, a nome dell'apposita commissione nominata in seno al Direttorio, presenta le note conclusive da aggiungersi alla relazione Trulli.

Alla discussione che segue, lunga ed appassionata, prendono parte il dott. ALZONA, il prof. PARODI, dott. AGOSTINELLI, il prof. CALENDOLI, il dott. BERTACCINI, il dott. COMELLI, il dott. BOBBA ed il dott. FONTANA.

Il dott. VILLANOVA, segretario della sezione dipendenti Enti locali dell'A. G. F. P. I., chiarisce con un efficace discorso, i concetti informatori che han guidato l'azione dell'Associazione nella trattazione della questione.

Parlano ancora il dott. BIANCHI ed il cav. FRANCIONI, quindi il relatore TRULLI risponde ai vari interlocutori.

Infine l'on. ALDO LUSIGNOLI prende la parola per concludere la discussione che, egli afferma, non ha troppo chiarita la situazione.

Esiste in Italia l'Istituto della Condotta medica e, d'altra parte, esiste la volontà mutualistica, alla quale non ci si può opporre, poichè la attuazione pratica di essa rappresenta un progresso della vita sociale.

Il male delle Mutue è nella loro origine, poichè la Confederazione Generale dei Sindacati, ora sbloccata nelle sei distinte Confederazioni, ha costituito le mutue per tutti i lavoratori, senza distinzione di categoria.

Questo fatto ha prodotta una notevole confusione, alla quale occorre porre prontamente rimedio, riportando l'ordine nell'organizzazione delle mutue che devono necessariamente adeguarsi al nuovo stato corporativo creato dal Fascismo.

L'istituzione delle mutue — beninteso di categoria — deve però in un primo tempo limitarsi alle grandi aziende ed ai grandi centri. Per i centri rurali è necessario fermarsi alla condotta, perfezionandola sempre più, in modo da avviarsi, attraverso le organizzazioni sindacali, all'attuazione delle nuove forme di medicina sociale.

Occorre in conclusione non opporsi, ma agevolare l'istituzione delle mutue, e fare in modo che i Medici condotti restino nelle nuove organizzazioni mutualistiche.

Le dichiarazioni dell'on. Lusignoli vengono acclamate a lungo dal Congresso, che approva anche il seguente O. d. G. presentato dai dottori DE SANTIS-BARBIERI e CASTELLANI:

« Il XXII Congresso Nazionale dei Medici Condotti nell'anno VII dell'Era Fascista riafferma essere le condotte mediche l'istituto destinato all'ulteriore sviluppo, che le sue virtù iniziali ed il

nuovo clima storico andranno determinando, sì da creare provvidenze assistenziali e tipica fisonomia italiana che nulla hanno da invidiare all'estero; afferma altresì la necessità che tra le nuove linee che la politica sociale e sanitaria va tracciando e che si connettono intimamente con l'ordinamento corporativo, che tutte le categorie sociali d'Italia richiedono, si trovi un'armonica linea di sviluppo delle condotte mediche e dell'assicurazione sociale corporativa ».

Crede di poter indicare questa linea di sviluppo nel miglioramento ulteriore delle condotte la quale dovrebbe trovare nelle mutue malattie di categoria gli organi di integrazione delle proprie funzioni e delle proprie attività senza mai da questa prescindere in nessun caso.

Il presidente dott. CONTU legge la relazione della commissione giudicatrice per il *concorso di medicina sociale* bandito dall'Associazione.

La relazione rileva il lusinghiero esito del concorso, cui hanno partecipato ben quarantasei condotti. Il tema era « che cosa può fare il medico condotto per avviare la coscienza popolare — specialmente delle popolazioni rurali — verso la medicina preventiva ».

L'on. LUSIGNOLI apre le buste contrassegnate da un motto e contenenti i nomi dei lavori premiati, e risulta che la medaglia d'oro deve aggiudicarsi al dott. cav. Pasquale Lombardi, medico condotto di Morgone (Benevento) e le due medaglie d'argento al dott. Ferruccio Cossu, ed al dott. Giovanni Nistico, medici condotti di Crispina (Pisa) e di Catanzaro.

L'on. LUSIGNOLI elogia i vincitori del concorso ed annunzia che un altro sarà bandito per il prossimo anno.

Aperta la discussione sulle « varie ed eventuali », prendono la parola il dott. DE SANCTIS, sulle indennità di caro-viveri e trasporti, il dott. ALZONA sulla inscrizione all'Associazione di alcuni medici appartenenti al Partito N. F. ma non alla organizzazione di categoria, il dott. BONIFAZI sulle pensioni — trattando in particolare un argomento già compreso nella relazione Cosi — e il dott. CASATI che propone di inscrivere all'O. d. G. del prossimo Congresso il problema dell'esercizio abusivo della professione sanitaria da parte dei farmacisti.

Il comm. rag. DANTE COSI risponde esaurientemente ai dottori De Sanctis e Bonifazi; quindi l'on. LUSIGNOLI, al dott. Alzona, dice che i casi di medici inscritti al Partito e non alla Associazione sono ben pochi, e che si provvederà in proposito; ed al dott. CASATI fa notare che l'Associazione non ha veste per intervenire nella questione, riservata al Sindacato, dell'abuso professionale da parte dei farmacisti, questione, del resto, già regolata per legge.

Il presidente dott CONTU dà comunicazione di una lettera pervenuta dall'illustre sen. Maragliano, che si dice lieto dell'aver i medici condotti, per i quali esprime la più viva simpatia, voluto esaminare l'importanza del suo vaccino antitubercolare, e rileva l'importanza del compito spettante ai medici condotti per la diffusione della vaccinazione preventiva.

Il Presidente, quindi, chiede che venga scelta la sede del XXIII Congresso.

Per proposta dei dottori ALZONA e BOBBA si dà mandato alla Segreteria Nazionale di scegliere al momento opportuno la sede del prossimo Congresso, raccomandando tuttavia che la scelta cada su Roma.

Seguono i discorsi di chiusura del comm. BELLET, dell'on. LUSIGNOLI e del dott. CONTU.

P. A. T.

Sindacato medico fascista di Roma e Provincia.

Si avvertono i sigg. medici iscritti al Sindacato, i quali non abbiano ancora ottemperato agli obblighi finanziari per il corrente anno, che con il 31 ottobre si procederà alla radiazione degli inadempienti, rendendone edotte le superiori autorità sindacali.

Si prega pertanto di effettuare il versamento delle quote dovute, o direttamente presso l'Ufficio in Corso Vittorio Emanuele 24, o nel conto corrente postale N. 1/186, dovendosi improrogabilmente, alla data sopraindicata, chiudere il tesseramento 1929-VII.

Ordine dei medici della provincia di Roma.

Si avvertono i signori medici iscritti all'Albo, i quali non abbiano ancora versato la quota per il 1929, che con il 31 ottobre saranno radiati dall'Albo medesimo qualora, a quella data, non si siano messi in regola con i pagamenti.

Alla radiazione dall'Albo, *che importa come conseguenza la sospensione del diritto di esercitare la professione*, sarà data comunicazione alle superiori Autorità, a termini di legge.

Le quote possono essere versate direttamente all'Ufficio in Corso Vittorio Emanuele 24, o nel conto corrente postale N. 1/2609.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Le Cattedre ambulanti per l'assistenza alla maternità e all'infanzia.

L'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ha definitivamente organizzato il funzionamento delle cattedre ambulanti di assistenza, maternità e di puericultura. Dopo avere creato un personale adatto ed istruito convenientemente, per cui fu necessario istituire dodici scuole speciali nelle Università del Regno, e dopo aver elaborato i programmi appositi, il territorio del paese venne diviso in zone e ad ognuna di esse venne preposto un direttore di gruppo di cattedre, scelto con rigida selezione tra gli ispettori provinciali dell'Opera Nazionale Insegnanti Universitari. Ogni zona infatti corrisponde ad una regione o provincia e fu chiamata « gruppo ». Con questo nome pertanto sono stati deli-

mitati dei territori più o meno numerosi, a seconda della importanza demografica ove sono organizzate, parecchie cattedre ambulanti. Ogni cattedra ha un territorio che comprende una ventina di comuni nel capoluogo dei quali risiede il dirigente la cattedra e l'assistente, i quali dispongono generalmente di un automezzo per recarsi nei comuni appartenenti al territorio della cattedra. Tutti i comuni vengono visitati almeno una volta per settimana. Ai consultori delle cattedre più importanti è annessa una consultazione ostetrico-ginecologica. Ogni donna, ogni bambino visitati sono oggetto della compilazione di una scheda, sicchè l'Opera Nazionale ha il modo di seguire in ogni momento gli interessati. I risultati finora ottenuti sono molto confortevoli.

Per l'applicazione del regolamento generale d'igiene del lavoro.

Una circolare n. 7 in data 1° giugno 1929 del Ministero dell'Economia ai Capi Circolo dell'Ispettorato dell'industria e del lavoro, precisa i criteri per l'applicazione del Regolamento generale d'igiene del lavoro.

I sanitarî dell'Amministrazione ferroviaria.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto con il quale si dà facoltà al Ministero delle Comunicazioni di procedere, mediante pubblico concorso per esami e per titoli, al reclutamento di 15 allievi ispettori in prova fra laureati in medicina e chirurgia per i bisogni dell'Amministrazione Ferroviaria. Questo provvedimento è reso necessario dall'unificazione dei servizi sanitari per il personale dipendente dal Ministero delle Comunicazioni. Le Ferrovie dello Stato hanno avuto a tale scopo l'incarico di provvedere con i propri medici a tutte le prestazioni di indole sanitaria occorrenti per le altre amministrazioni dello stesso Ministero, senza poter assorbire personale medico da esse, in quanto non ne erano fornite. È urgente perciò di integrare i sanitari dell'Amministrazione Ferroviaria con altri 15 nuovi medici, in modo da assicurare in un campo così delicato il regolare andamento del servizio.

Per diffondere i precetti igienici fra le masse lavoratrici.

L'O. N. Dopolavoro, allo scopo di diffondere i precetti e le cognizioni igieniche fra le masse lavoratrici, ha stabilito di servirsi dei seguenti mezzi: pubblicazioni (opuscoli, articoli, ecc.); conferenze scientifiche da tenersi da medici o da altre persone competenti nei locali di ritrovo delle sezioni dopolavoristiche; consulenza e informazioni igieniche e sanitarie da darsi periodicamente da medici. Nei piccoli comuni sarà particolarmente giovevole la partecipazione diretta dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, i quali sono meglio di ogni altro in grado di rendere efficace la propaganda dell'O. N. Dopolavoro. L'Opera, poi, a dimostrare la sua riconoscenza verso i sanitari municipali che vorranno spontaneamente dedicare la loro attività alla propaganda ed alla consulenza igienica, provvederà ad assegnare annualmente diplomi e medaglie di benemerenza a coloro che si saranno maggiormente distinti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bergamo. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* Primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale Maggiore; L. 6000 e partecipaz. utili; divieto libero eserc.; scad. ore 17 del 21 ott.; 5 anni di laurea, 3 in Istituto radiologico o di grande Ospedale; tassa L. 50; titoli ed esami; assunz. 1° gen. Chiedere annunzio.

Brindisi. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Scad. 30 ottobre. (V. N. 39 e 40).

Castelnuovo Cilento (*Salerno*). — Scad. 31 ott. Rivolgersi Segreteria.

Corinaldo (*Ancona*). — Scad. 30 ott.; 2ª condotta e servizio chirurgico nell'Ospedale; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; chiedere condizioni.

Enna. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio iniziale L. 14.400 con aumenti quadriennali di L. 600; L. 700; e L. 800. Indennità servizio attivo L. 3700 e caro-viveri. Ritenute come per legge. Limite d'età secondo art. 9 decr. N. 155 del 16 gennaio 1927. Domande e documenti non più tardi delle ore 18,30 del 30 novembre. Per qualsiasi altro chiarimento rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Laviano (*Salerno*). — Per titoli. Scadenza 20 novembre. Per chiarimenti circa stipendio ed altre modalità del concorso, rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Merano (*Bolzano*). *Cassa circondariale di malattie.* — Con avviso del 10 ottobre è stato aperto il concorso, per titoli, al posto di medico odontoiatra del gabinetto dentistico istituito nella sede della cassa. Stipendio annuo L. 16.800 lorde delle ritenute di legge, senza aumenti periodici. Le domande, in carta da bollo da L. 2, con vaglia di L. 50,10 e prescritti documenti, debbono pervenire alla Direzione della Cassa entro le ore 18 del 10 novembre 1929. Per notizia sui documenti od altri chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Cassa.

Orciano di Pesaro (*Pesaro Urbino*). — A ore 12 del 5 nov.; 1ª condotta; L. 8000 oltre bienni, c.-v., serv. att. e L. 3000 cav.; età lim. 24-35 a.; tassa L. 50,10; preferenza ai titoli di pratica chirurg. ed ostetrica.

Orte (*Viterbo*). — Chirurgo-Direttore degli Ospedali Uniti. Stipendio iniziale lordo L. 18.000, Scadenza ore 12 del 4 novembre. (V. N. 39 e 40).

Polverara (*Padova*). — Scad. 20 ott.; L. 9000 oltre L. 500-1500-3000 trasp., L. 500 uff. san., L. 600 ambulat., c.-v.

QUARTU S. ELENA (*Cagliari*). — Scad. 15 nov.; L. 8000 e c.-v.; età lim. 45 a.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — La *Gazz. Uff.* del 13 sett., N. 214, pubblica il bando di concorso per esami a 10 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe nella Amministrazione della Sanità Pubblica. Le domande di ammissione, corredate di tutti i documenti prescritti, dovranno pervenire al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) entro due mesi dalla data suddetta. Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alle Prefetture del Regno.

ROVERETO (*Trento*). — Al 26 ott., per Borgo Sacco; ab. circa 2400; L. 6800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2200 abitaz., c.-v.; doc. a 3 mesi dal 10 sett.; età lim. 35 (39) a.; tassa L. 50,15.

SIRACUSA. *Comune.* — Scad. 27 ott.; condotta per Cassibile; L. 10.000 oltre indennità serv. att. L. 1200 ridotte come per legge; 4 quadrienni dec.

TORINO. *Brefotrofio Provinciale* (Ospizio Provinciale per gli Esposti ed Infanzia abbandonata). — Direttore sanitario; L. 10.000 e 3 trienni dec.; scad. 16 ott. Almeno 4 anni quale direttore sanitario o medico primario di Brefotrofio in città capoluogo di provincia. Rivolgersi all'Amministrazione (piazza Castello 9).

VARALLO SESIA (*Vercelli*). — 1ª condotta; proroga a ore 16 del 31 ott.; ab. 4330; L. 8000 oltre L. 500 bicicl., dieci bienni ventes.; certific. buona condotta morale, civile e politica; tassa L. 50,15; età lim. 44 a.; doc. a 3 mesi dal 23 sett.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Legati per borse di studio all'Università di Pavia.

Con Decreto pubblicato il 26 sett. nella *Gazzetta Ufficiale* la R. Università di Pavia viene autorizzata ad accettare il legato di L. 15.000 disposto in suo favore dal prof. Arturo Guzzoni degli Ancarani per la istituzione presso la Università stessa di un premio annuo intitolato al suo nome e destinato a uno studente di quella Facoltà di medicina e chirurgia.

Con altro decreto la stessa Università è autorizzata ad accettare le due donazioni di L. 60.000 e di L. 40.000 disposte a suo favore dal sig. comm. Mario Biroli per la istituzione di una borsa di studio triennale e di un premio annuale, entrambi intitolati al nome del dott. Carlo Biroli e destinati a favore di studenti della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università medesima.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla Reale Accademia d'Italia.

Con decreto reale, su proposta del Capo del Governo, di concerto col Ministro dell'Educazione Nazionale ed in seguito alla designazione per terne fatta dalla Reale Accademia d'Italia, sono stati nominati accademici d'Italia, per la classe delle scienze fisiche, matematiche e naturali, i proff. De Blasi Dante e Dionisi Antonio.

De Blasi Dante è professore di igiene nell'Università di Napoli, cultore di batteriologia, sierologia e immunologia. Autore d'oltre settanta pubblicazioni su argomenti diversi concernenti la etiologia di alcune malattie infettive, la sierologia, l'epidemiologia e l'igiene pratica. Nel 1903 dimostrò che l'agente morbigeno della rabbia è filtrabile e nel 1904 che l'agente morbigeno della agalassia contagiosa delle pecore si trova nel latte ed è anche esso filtrabile. Oltre alla scoperta del fenomeno paradosso nel siero nei malati di tifo, del fatto che la reazione di Wassermann riesce positiva in gran numero di malarici non luetici, delle emolisine da lui dette « secondarie » nel siero del sangue dei malarici e degli anchilostomiaci, al De Blasi si devono molte ricerche di epidemiologia e di igiene pratica.

Dionisi Antonio è professore di anatomia e istologia patologica nella R. Università di Roma. Volontario di guerra è insignito della medaglia di argento al valore militare e di due croci di guerra. L'opera scientifica del Dionisi, esposta in numerose pubblicazioni, è costituita specialmente da ricerche sulla patologia comparata degli apparati emolinfatici e respiratori e da indagini sulla correlazione fra le ghiandole endocrine, nonchè sul significato del sistema reticolo-endoteliale in condizioni morbose e sperimentali diverse. Il Dionisi ha inoltre scoperta la malaria nei pipistrelli, dimostrando che nessun rapporto ha con la malaria umana, ha determinato il significato biologico della fase semilunare del parassita malarico estivo-autunnale, ha illustrato i caratteri delle varie specie di anemia malarica e studiato altri aspetti del problema della malaria.

Esprimiamo il nostro compiacimento vivissimo per queste nomine, che incontrano l'approvazione dell'intera famiglia medica italiana. Ai due insigni studiosi vanno i nostri cordiali rallegramenti.

* * *

Il prof. Mario Aiazzi-Mancini, di farmacologia a Camerino, è trasferito a Siena.

Il dott. Giovanni Di Guglielmo è nominato professore di patologia medica a Pavia.

Il Consiglio d'amministrazione del Pio Istituto Rachitici di Milano, ha eletto a proprio presidente il generale gr. uff. Alessandro Cottini, padre del segretario federale avv. Cottini.

A presidente dell'Associazione Medica Americana è stato eletto il dott. William Gerry Morgan, professore di gastroenterologia all'Università di Georgetown.

NOTIZIE DIVERSE.

Riunione internazionale degli Eugenisti.

La Federazione internazionale delle organizzazioni eugeniche, presieduta dal noto biologo americano dott. C. Davenport, direttore dell'istituto di genetica della Fondazione Carnegie, ha tenuto in Roma il 30 settembre, per invito del Governo italiano, la consueta sessione annuale.

I lavori della sessione si sono svolti nel salone dell'Istituto centrale di statistica. Oltre a questioni di organizzazione federale, le discussioni hanno avuto per argomento principale il rapporto circa il piano di studio sugli effetti eugenici e disgenici della guerra, presentato dal prof. Corrado Gini, presidente dell'Istituto centrale di statistica. In una riunione presieduta dal Gini i rappresentanti di diversi Stati in seno alla Federazione hanno prospettato la necessità di approfondire gli studi sugli effetti degli incroci di razza, portando larga messe di esperienze e di osservazioni personali.

Il Duce che segue con particolare interesse tutti gli studi che mirano alla conservazione e al miglioramento della stirpe, ha voluto personalmente conoscere gli esperti stranieri i quali, presentati dal prof. Gini, sono stati infatti ricevuti dal Duce nella sala del Mappamondo a Palazzo Venezia. Il prof. Fischer, direttore dell'Istituto di antropologia e di eugenica di Berlino, rappresentante della Germania, ha esposto al Duce i compiti che la Federazione si propone di fronte alla presente situazione demografica dell'Europa e ai gravi pericoli cui le nostre popolazioni vanno incontro, se non si frenano tendenze perniciose all'avvenire della razza, esprimendo infine tutto l'entusiasmo degli studiosi stranieri per l'opera che il Governo italiano va compiendo in questo campo. L'on. Mussolini dopo avere udito con intensa attenzione la lettura dell'indirizzo ed essersi congratulato con l'autore e con i suoi colleghi, si è intrattenuto a lungo sull'argomento con gli ospiti, i quali hanno lasciato Palazzo Venezia pieni di ammirazione per la profondità delle argomentazioni del Duce e di commozione per la cordialità delle sue parole.

2° Congresso Nazionale di Genetica ed Eugenica.

Nel Salone dell'Istituto delle Assicurazioni, si è svolto in Roma il II Congresso Nazionale, promosso dalla Società Italiana di Genetica ed Eugenica.

Hanno partecipato ai lavori illustri scienziati e studiosi di problemi biologici, sociologici e statistici, nonchè un gruppo di bacologi e, in qualità di invitati, alcuni membri della Federazione Internazionale di Eugenica.

Alla seduta inaugurale è intervenuto, in rappresentanza del Governo, il Sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale on. prof. Salvatore Di Marzo, il quale ha rilevato che il clima storico del Regime è particolarmente propizio agli studi che formano oggetto di questa riunione, in quanto l'attuazione stessa di un complesso programma demografico non può non risvegliare la coscienza di nuovi e più ampi problemi, che prima o non si ponevano o non si reputavano degni di una seria ricerca scientifica.

Parlarono anche il prof. Corrado Gini, il prof. Fischer anche a nome dei colleghi stranieri della Federazione Internazionale di Eugenica e il dott. Luciani di Ascoli Piceno.

I lavori si svolsero attivi. Ne daremo il resoconto in un prossimo numero.

36° Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Si terrà in Genova nei giorni 23-26 ottobre sotto la presidenza del prof. G. Tusini, direttore della R. Clinica Chirurgica di quell'Università.

L'inaugurazione del Congresso, contemporaneamente a quella della Società Italiana di Medicina Interna, avrà luogo alle ore 10 del giorno 23 nell'Aula Magna dell'Università (via Balbi, 5).

I temi di relazione sono:

1) « I problemi moderni dell'anestesia con speciale riguardo alle complicazioni post-operatorie »; relatori: proff. Sanvenero, Bufalini. Bianchi;

2) « Le gangrene delle estremità con particolare riguardo alle endoarteriti obliteranti » (in comune con la Società Italiana di Medicina Interna); relatore: prof. Ciminata.

Per informazioni rivolgersi al segretario prof. Raffaele Brancati, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I - Roma.

8° Congresso della Società italiana di Urologia.

L'8° Congresso della Società italiana di Urologia avrà luogo in Genova il 26-27 ottobre.

Il prof. F. De Gironcoli svolgerà il tema di relazione: « Le idronefrosi ». Seguiranno la discussione e numerose comunicazioni, attinenti la specialità. L'inaugurazione avrà luogo la mattina del 26 alle 9 nell'aula di Clinica chirurgica (via Balilla, 5). Presidente il prof. G. Lasio.

Per qualunque schiarimento rivolgersi al dott. V. Raffo, via Balilla 5, R. Clinica Chirurgica, Genova.

20° Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Si adunerà a Genova, il 22 e il 23 ottobre, sotto la presidenza del prof. Ottorino Uffreduzzi. Tema di relazione: « Rapporti tra glandole a secrezione interna e deformità ». I lavori si svolgeranno nell'aula della Clinica Chirurgica (via Balilla, 5).

Per informazioni e adesioni rivolgersi al segretario, prof. Ulisse Vignolo, via Galeazzo Alessi 102 - Genova.

25° Congresso italiano di Oto-rino-laringologia.

Si è riunito negli scorsi giorni a Milano. La inaugurazione ebbe luogo il 27 settembre, nella sala delle statue del Castello Sforzesco, alla presenza del podestà sen. De Capitani, del prefetto gr. uff. Siragusa e di altre autorità. Vi intervennero i maggiori esponenti del mondo medico nel campo della specialità.

Le sedute successive hanno avuto luogo nella sala del Consiglio ducale. Sui temi, erano iscritti 39 relatori. Una conferenza del prof. Tullio si tenne al R. Istituto Nazionale dei Sordomuti.

Sui lavori, che vennero intramezzati da varie visite, riferiremo prossimamente.

7° Congresso nazionale d'Igiene.

Inquadrandosi nella « Settimana senese », si è svolto a Siena il VII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene.

L'inaugurazione ebbe luogo nella sala del Mappamondo del Palazzo Civico, presenti S. E. Pierazzi per il Governo e molte altre personalità, tra cui mons. Scaccia, i sen. Simonetta e Sarrocchi, gli on. Chiurco e Bruggi, il gen. med. Vernucci, il segretario federale Pescatori ecc. I congressisti raggiungevano alcune centinaia.

Il Podestà di Siena conte Bargagli Petrucci dette un caldo benvenuto. L'on. Pierazzi prospettò la complessa e multiforme attività del fascismo, il quale intende provvedere anche alla salute della razza; mandò un saluto devoto al Duce, che infiamma di rinnovata fede le nuove generazioni. Il prof. Sclavo, presidente dell'Associazione, pronunziò il discorso inaugurale ed espose i compiti del Congresso. Terminò con un omaggio al Re, al Duce, a Siena ospitale.

Sui lavori riferiremo prossimamente.

Al 18° Congresso Stomalologico Italiano.

Al 18° Congresso stomatologico italiano che avrà luogo a Roma a partire dal 14 corr. sono state presentate più di sessanta comunicazioni le quali vertono su tutti i rami della specialità, compresa l'odontotecnica. A proposito anzi di questa, sarà proiettata al Congresso una pellicola della durata di 80 minuti che dimostrerà tutti i particolari della costruzione delle corone di porcellana, il più recente e raffinato prodotto della protesi dentaria.

L'argomento che avrà maggiore sviluppo e importanza sarà quello della profilassi delle malattie della bocca e dei denti e delle provvidenze sociali atte a realizzarla. Il prof. Corradi di Parma farà in proposito un'ampia relazione, alla quale seguiranno comunicazioni dei professori Perni, Beretta, Grandi, di S. E. il dott. Csillery di Budapest, ex ministro ungherese delle previdenze sociali, e di altri stomatologi.

L'inaugurazione solenne del Congresso avrà luogo nell'Aula Magna della Sapienza, mentre i lavori si svolgeranno nei locali della R. Clinica Odontoiatrica al Policlinico Umberto I.

Il programma comprende tre giornate e mezzo di lavori scientifici, pratici e dimostrativi, e una giornata e mezzo di svaghi: una gita ad Ostia ed una ai Castelli Romani.

La segreteria del Congresso ha sede presso l'Albergo del Quirinale, il quale ospita la quasi totalità dei congressisti.

Il 20° Congresso Nazionale d'idrologia, climatologia, terapia fisica e dietetica

ha adunato a La Spezia 120 rappresentanti della medicina italiana.

E' stato preceduto dalla «« Giornata del reumatismo cronico ».

All'inaugurazione del congresso parlarono il prof. Devoto, presidente dell'Associazione, il sen. Queirolo, l'on. Sgobbo, il prof. Ceresole, il prof. Ruata, il delegato podestarile e il prefetto.

Il prof. Devoto commemorò il prof. Barduzzi. Il podestà di Bagni Sangiuliano, col Ciampi, annunziò che alcuni concittadini residenti a New York hanno deciso di offrire il monumento che sarà eretto alla memoria dell'illustre idrologo.

Dei lavori daremo ulteriori notizie.

Hanno destato vivo interesse la Mostra di frutta e la gita nella Lunigiana.

8° Congresso Nazionale contro la tubercolosi.

Mentre andiamo in macchina, viene annunziata l'inaugurazione di questo Congresso, avvenuta a Palermo il 7 corr., nella sala delle Lapidi al Palazzo di Città, con solenne cerimonia alla quale intervennero il sottosegretario per l'Educazione Nazionale on. Di Marzo, molte altre autorità politiche, spiccate personalità della scienza, tra cui il sen. Maragliano, presidente della Società fascista di studî scientifici sulla tubercolosi e l'on. Paolucci, presidente della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. La dott.a Churchill rappresentava l'Unione internazionale contro la tubercolosi; il prof. Foix rappresentava il Comitato nazionale francese di igiene.

Parlarono il Podestà principe Spadafora, l'on. Paolucci, il prof. Manfredi e altri; poi l'on. Di Marzo pronunziò un elevato discorso inaugurale, in cui lumeggiò l'azione del regime contro la tubercolosi e fece valere i progressi realizzati dalla Sicilia in questo campo.

Del Congresso daremo ulteriori notizie.

8° Congresso Nazionale di medicina del lavoro.

Come abbiamo annunziato ha luogo a Napoli dal 10 al 13 del corrente ottobre e discute le seguenti relazioni: « Il lavoro nei porti » (on. prof. N. Castellino); « Il lavoro nelle miniere » (prof. L. Ferrannini); « Biologia e Clinica nell'organizzazione scientifica del lavoro » (prof. Ajello e dott. Nebuloni). Inoltre il prof. Luigi Devoto, tratta sulla « Patologia polmonare nella lavorazione delle ardesie all'alba del XIX secolo »; il dott. Viziani tratta dei fattori ambientali nell'organizzazione scientifica del lavoro; ed il prof. Leone Lattes sulle « Incongruenze nel risarcimento degli infortuni agricoli ». Sono annunziate moltissime comunicazioni e rapporti.

Ospiti graditi al Congresso sono numerosi studiosi stranieri, fra cui gli illustri proff. F. Gengou di Bruxelles e Dhers di Ginevra.

2° Congresso Nazionale di medicina e igiene coloniale.

È indetto dalla Società di Medicina e Igiene Coloniale in Roma, dal 29 al 31 ottobre. Temi generali: « Sprue » (relatori sen. A. Castellani e sen. U. Gabbi), « Lebbra » (relatori prof. Stanziale e dott. Ronga); « Profilassi e cura della malaria » (relatore prof. B. Gosio). Riviste sintetiche: « Ematologia delle malattie tropicali » (prof. G. Castronuovo); « Lotta al tracoma nel Nord Africano » (dott. T. Sarnelli). Sono annunziate numerose comunicazioni.

Segretario generale è il dott. Tommaso Sarnelli; presidente l'on. prof. Umberto Gabbi, direttore della R. Clinica Medica - Parma.

L'inaugurazione sarà fatta in Campidoglio la mattina del 29 ottobre; le sedute saranno tenute nell'anfiteatro della Clinica Medica al Policlinico « Umberto I ».

Soci ed aderenti che parteciperanno al Congresso potranno fruire del ribasso ferroviario del 50 %.

Al Congresso sarà affiancata una Esposizione di strumenti e di prodotti terapeutici specialmente per le malattie tropicali.

Per le adesioni rivolgersi al dott. A. Campana, capitano medico, via Giustiniani 5, Roma.

Società italiana "Pro leprosis".

Questa Società, con sede a Milano — Bastioni Garibaldi 9 — è presieduta dal podestà on. sen. marchese De Capitani d'Arzago, e con l'ausilio delle alte gerarchie civili, militari, religiose, va svolgendo all'estero opera di bene e d'italianità, nelle leproserie. Ora ha costituito anche una Sezione scientifica, con sede provvisoria presso il dott. G. Andreana, nel Sanatorio Eremo di Miazzina (Novara).

Scuola di perfezionamento in odontoiatria a Milano.

Sono aperte fino al 31 ottobre le iscrizioni per i Corsi di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentaria per l'anno accademico 1929-1930. Gli aspiranti, laureati in medicina e chirurgia, potranno chiedere il programma alla Segreteria dell'Istituto Stomatologico Italiano, via della Commenda 19, Milano (114), telef. 51-269.

Corso d'igiene scolastica a Genova.

Col giorno 21 ottobre avrà inizio presso l'Istituto d'Igiene della Regia Università di Genova un corso mensile teorico-pratico di Igiene scolastica per i laureati in medicina. Tale corso, riconosciuto dai competenti Ministeri, sarà seguito da esami per il conseguimento del relativo titolo. Non sono ammessi che venti inscritti. Presentare le domande all'Istituto d'Igiene, via Bertani 5, Genova.

Corsi per infermiere volontarie della C. R. I.

Il Comitato di Roma della C. R. I. ha aperto le iscrizioni per il prossimo corso delle infermiere volontarie che avrà inizio nel prossimo autunno.

Tale insegnamento ha lo scopo di preparare infermiere atte a collaborare nelle opere di assistenza igienica e ad intervenire nei soccorsi urgenti da portarsi per pubbliche calamità. Inoltre esso mette in grado le signorine di civile condizione di completare quella coltura tanto necessaria alla donna perchè possa esercitare la sua missione nella famiglia e nella società.

Rivolgersi per schiarimenti e per iscrizioni all'ispettrice delle infermiere volontarie di Roma, via Toscana 12.

Cassa Nazionale malattie per gli addetti al Commercio.

Si è tenuta presso il Ministero delle Corporazioni sotto la presidenza di S. E. l'on. Trigona, Sottosegretario di Stato, una riunione per prendere in esame lo Statuto predisposto per la istituenda Cassa Nazionale malattie per gli addetti al Commercio. Dopo lunga discussione lo statuto venne approvato.

Scopo della istituzione, che rappresenta una nuova saliente manifestazione del programma di previdenza che lo Stato Fascista va svolgendo a favore dei lavoratori, è di corrispondere ai prestatori d'opera del commercio per conto dei datori di lavoro legalmente rappresentati dalla Confederazione nazionale fascista dei commercianti, le indennità che da questi sono loro dovute in caso di infermità, conformemente a quanto è stabilito dal R. D. L. 13 novembre 1924, n. 1825 sul contratto d'impiego privato oppure a quanto per tale titolo è stabilito dai contratti collettivi di lavoro o dalle norme dettate dalle Corporazioni.

Sarà, inoltre, compito della Cassa di garantire tutte le maggiori provvidenze per infermità o inerenti alle stesse stabilite dai contratti di lavoro nonchè dalle altre norme di cui sopra.

La "giornata del fiore" a Milano.

La vendita del « fiore benefico », organizzata a Milano il 29 settembre a vantaggio delle opere antitubercolari del Consorzio Antitubercolare della provincia, di cui è presidente il preside stesso della provincia gr. uff. avv. Sileno Fabbri, è stata intensa sia nelle vie del centro, sia in quelle della periferia, dei vari riparti urbani e dei sobborghi.

Le piccole squadre di venditrici e venditori di fiori sono state accolte ovunque con schietto favore e con simpatia da ogni ceto di cittadini, anche e specialmente, può dirsi, dagli operai, dai popolani.

La salute pubblica ad Atene.

Un comunicato delle autorità competenti, in data 26 settembre, dice:

« Oltre i tre casi di peste constatati nei primi giorni di settembre al Pireo, dopo le misure energiche prese dal Ministero dell'Igiene, nessun altro caso di questa malattia si è verificato al Pireo o altrove. Lo stato generale della salute pubblica è completamente soddisfacente ».

Toghe e tocchi per gli accademici universitari.

Con Decreto pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » è data facoltà al Rettore ed ai membri del Senato accademico ed ai professori di ruolo della R. Università di Milano di far uso nelle cerimonie ufficiali e nelle pubbliche funzioni della divisa descritta nelle norme annesse al decreto. La toga è di stoffa nera, increspata sulle spalle all'attacco delle maniche, con lungo bavero. Le maniche sono allargate in basso con mostra rivoltata di raso rosso. Quella del Rettore è con mantellina di pelo bianco uso ermellino e con cordoncini e fiocchi di seta nera. I presidi invece della mantellina uso ermellino hanno una stola di pelo simile. Il Rettore ha inoltre una pettorina di seta bianca con pizzo. Il tocco è di seta nera, piatto e rotondo con un cordoncino e fiocco di seta rossa e nera.

Abusivismo professionale.

L'VIII Sezione del Tribunale penale di Milano ha condannato ad un anno di detenzione ed a cinquecento lire di multa, spese e danni con adeguata provvisionale, certo Mazzarola e il dott. Marzoli: il primo per lesioni colpose e per esercizio abusivo dell'arte medica e il secondo per avere determinato e favorito il Mazzarola a fingersi medico: questi si era creato spontaneamente medico e chirurgo operatore quando non aveva ottenuto, per difetto di capacità, la patente di infermiere.

ANGELO RUFFINI

Un grave lutto ha colpito l'Università di Bologna con la morte del prof. Angelo Ruffini, stabile di Istologia e Fisiologia generale.

Era nato il 17 luglio 1864 ad Arquata del Tronto ed aveva percorso gli studi medici in quella medesima Università di Bologna, cui più tardi doveva illustrare dalla cattedra.

Aveva ottenuto la libera docenza in Istologia normale nel 1894; l'anno successivo era passato a dirigere l'Ospedale civile di Lucignano, restandovi fino al 1901, quando venne chiamato a Siena dal Bianchi al posto di settore capo in quell'Università allora in grande rigoglio di attività scientifica, per la presenza di celebrati maestri nel loro periodo più fecondo. Nel 1903 ancora a Siena gli fu conferito l'incarico ufficiale dell'insegnamento della Embriologia, che tenne fino alla sua nomina a Bologna nel 1912.

Socio corrispondente dell'Accademia dei Lincei dal 1910, divenne socio effettivo nel 1926. Era pur socio dell'Accademia dei Fisiocritici di Siena, dell'Accademia delle Scienze e della Società Medica Chirurgica di Bologna, della R. Società delle Scienze Mediche e Naturali di Bruxelles e dell'Accademia Medica di Roma, e socio onorario della R. Accademia di Medicina di Torino. Nel 1910 gli fu assegnata la grande medaglia dell'Accademia dei XL.

La sua produzione scientifica varia e copiosa, fu dedicata principalmente a problemi di istologia e di embriologia generale, ove raccolse osservazioni e fece scoperte che, ancor giovane, l'hanno reso celebre e formano vero titolo di gloria per Lui e per la Scienza italiana. Fra esse, le più universalmente note, che è giusto rievocare anche qui, sono anzitutto una nuova varietà di corpuscoli del Pacini e alcune — com'egli stesso le definì — « singolarissime » terminazioni nervose nel tessuto sottocutaneo, da Lui, pel primo, descritte nel 1891, e più ampiamente studiate di poi, mercè una tecnica propria, dalla quale otteneva preparazioni microscopiche meravigliose per bellezza ed evidenza.

Ma il monumento più grande che Egli ha lasciato di sè, è nell'embriologia generale, intorno cui cominciò a lavorare verso il 1900, anche qui con metodi propri lungamente e faticosamente immaginati e perfezionati, e con intensità e tenacia incomparabili. I risultati, che via via raccoglieva e pubblicava, lo condussero a scoprire, nella meccanica dello sviluppo, ragioni funzionali cellulari, particolarmente d'ordine secretivo, fino allora ignorate. A questo argomento, nei suoi molteplici sviluppi, Egli ha dedicato tutto il resto della vita operosa, superando, con la forza dell'animo invitto, ogni difficoltà, anche quelle che gli venivano dagli occhi stanchi delle lunghe veglie al microscopio e sui libri, e in ultimo dalla malattia. Così, dopo lo sforzo di un trentennio di studi diuturni, riusciva — or non è molto — a dare alle stampe il poderoso volume della « Fisiogenia », ove ha raccolto e sviluppata la sua dottrina, che ebbe per insegna: « La forma è la immagine plastica della funzione ».

Egli fu altresì grande insegnante e fervoroso maestro. Nei varî laboratorî da Lui fondati, a Bologna, ancora studente, all'Ospedale Maggiore e poco più tardi nella Clinica Medica per incarico di Murri, nell'Ospedale di Lucignano, a Siena e poi nuovamente a Bologna, Egli passava intiera la giornata fra gli studî prediletti suoi e degli allievi, che guidava con mano sicura e con animo sereno, quasi gioioso, con quel suo temperamento di scienziato e insieme di artista, che gli attirava franche simpatie e amicizie fedeli. Voleva che l'insegnamento fosse preciso e dimostrativo, ma senza pedanterie, e lo dotava di innumerevoli preparazioni e figure, da Lui stesso immaginate e allestite, e di ogni altro mezzo di studio, pensoso sempre del suo ministero di professore e del progresso scientifico.

La sua carriera non fu facile: ma la severità dei propositi e i meriti insigni lo condussero infine alla Cattedra, ardentemente desiderata, non per cercarvi riposo — che non conobbe mai —, ma per avere più libertà di lavoro pacato.

Al suo trionfo cooperò un grande italiano, che molto lo stimò, e qui deve essere per ciò accanto a lui ricordato, Battista Grassi.

D. O.

In età di 82 anni è morto il prof. PAUL FLECHSIG. Contava appena 30 anni quando venne chiamato alla direzione della costruenda Clinica psichiatrica di Lipsia. Siccome egli veniva dalla fisiologia, destò molte diffidenze e ostilità tra i colleghi psichiatri; ma durante la costruzione — che richiese molti anni — egli ebbe campo di formarsi, tanto che s'impose poi in modo indiscusso, per la perizia e sovratutto per l'originalità dei suoi studi.

Si ricorda ancora il discorso che egli tenne, assumendo il rettorato dell'Università, nel 1894: esso ebbe larghissima ripercussione.

I suoi studi fondamentali si riferiscono alla mielogenesi; in base ad essa, ha potuto precisare in modo mirabile la citoarchitettonica del cervello.

Si distinse per varie altre concezioni. Impresse impulso alle ricerche.

D.

E' morto improvvisamente a Usseglio, ove trascorreva le vacanze, il prof. ANGELO CAMBIASO. Datosi agli studi sulla tubercolosi sotto la guida del maestro sen. Maragliano, acquistò larga clientela e rinomanza di tisiologo, a Genova e fuori. Per molti anni diresse il Dispensario antitubercolare di questa Clinica medica. Fu tra i primi a diffondere e praticare il pneumotorace curativo, la terapia dei sieri e vaccini, la vaccinoprofilassi. Durante il periodo bellico si prodigò quale consulente negli ospedali militari e nei convalescenziari.

Era decorato della medaglia d'argento della Sanità Pubblica. Fu un lavoratore attivo e zelante, un temperamento vivace, espansivo, cordiale.

L. C. M.

Esprimiamo il nostro profondo cordoglio al sen. prof. Pietro Albertoni, straziato dalla perdita dell'amatissimo figlio ALDO.

A soli 27 anni questi copriva, già da un biennio, la cattedra di storia del diritto italiano presso la R. Università di Ferrara.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Scalpel, 10 ag. — Wasterlain e Goffin. La diatermia negli stati emorroidari. — Govaerts. La formazione delle trombosi postoperatorie.

Paris Méd., 10 ag. — Petzetakis. Il riflesso sopraorbitario. — Dreyfus. Nuove vedute sugli itteri.

Journ. d. Pratic., 10 ag. — Laignel-Lavastine. Correlazioni morfo-psichiche. — Bezançon. La sindrome radiologica della pleurite siero-fibrinosa.

Riv. Pat. e Clin. della Tub., 31 lug. — Cotellessa. L'ana-tubercolina per la ricerca dello stato allergico. — Argentina. Disfunzione epatica e tbc. — Martinelli. La diagnostica iniziale della tbc. polm.

Surg. Gyn. a. Obst., ag. — Richardson. Ernie dell'orificio esofageo del diaframma. — M. Mc. Kenna. Il trapianto dell'uretere. — Rankin. Resezione addomino-perineale del retto. — Bessesen. Studio radiologico del parto.

Zblatt. f. Chirurgie, 17 ag. — Blencke. Trapianti cutanei nell'amputaz. del piede. — Hubrich. Osteomielite acuta primaria della colonna vertebr.

Rev. Med. d. Uruguay, mag. — Collazo-Morelli. Anatomia patologica dell'avitaminosi D.

Giorn. di Clin. Med., ag. — Massa. Stati ipoglicemici e iperinsulinismo.

Riv. San. Siciliana, 15 ag. — Izar. Valore diagnostico della splenocontrattilità all'adrenalina.

An. Faculdad d. Med. (Montevideo), mag.-giu. — V. Nario. La malattia di Volkmann. — Mas De Ayala. Trattamento di affezioni mentali e neurologiche col « Treponema hispanicum ».

Brasil-Medico, 20 luglio. — Valerio. La chirurgia della stenosi mitrale. — 27 lug. De Beaurepaire Aragão. La febbre gialla sperimentale. — Kehl. L'eugenia nel Brasile.

Journ. Méd. Paris, 15 ag. — Caillard. Il gozzo endemico.

Bull. Méd., 17 ag. — Teissier. L'eritema polimorfo. — Rosenstein. Nefrite scarlattinosa trattata con siero di madre convalescente.

Presse Méd., 17 ag. — Labbé ed altri. L'angina pectoris ergotaminica. — Ramond. Ipertensione arteriosa polmonare.

Am. Journ. Med. Scien., ag. — Burwell e Smith. Il cuore nella tirotossicosi. — Kern e Scheack. Clinica e radiologia nella diagnosi di sinusite. — Scarlett. Anemia grave e nefrite.

Scalpel, 18 ag. — Bouche. Lo « shock » vasotropico nell'asma.

Noticias Medicas. — Blasco. Le insufficienze aortiche di natura indeterminata. — Bravo Garcia. La diagnosi precoce in chirurgia d'urgenza.

Arch. Ost. e Ginec., ag. — Spirito. Cancro dell'utero da catrame. — Rossi. L'elettrocardiogramma di donna con fibromioma uterino.

Medic. Ital., mag. — Dardani. Ricerche sul morbo di Barlow.

Pediatria, 15 ag. — Miraglia. La reaz. di Takata-Ara. — De Capua. Alterazioni reticolo-istiocitarie nella leishmaniosi.

Brit. Med. Journ., 17 ag. — Cowan e Faulds. Sifilide del cuore e dell'aorta. — Daggit e Cove-Smith. Orecchio e bagni. — Dalton. Intossicazione arsenicale.

Lancet, 17 ag. — Payne. Le iniezioni nel trattamento delle varici. — Pulvertaft. La tossina streptococcica e la porpora fulminante.

Journ. Méd. Lyon, 5 ag. — Nové-Josserand e J. Boucomont. Il pneumotorace nel bambino. — Morin. I dispositivi motori autonomi dell'intestino.

Arch. Mal. d. Coeur, etc., ag. — Géraudel. Un caso di aritmia sinusale. — Levy. Le alterazioni del complesso ventricolare nella sindrome anginosa.

Journ. Med. Bordeaux, 10-20 ag. — Delguel e Magimel. Angina di Vincent in un sifilitico in cura arsenobenzolica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp

ANNO XXXVI Roma, 21 Ottobre 1929 Num. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. V. ASCOLI.

La prova di Calvert nelle nefropatie.

Dott. R. CARUSI, assistente vol.

In una dettagliata rivista sui « Progressi nel campo della diagnostica delle nefriti » fatta al XXX Congresso di Medicina Interna del 1924, il prof. Ferrannini doveva riconoscere che allo stato attuale, malgrado le numerose ricerche ed esperimenti, il martoriato problema delle nefriti non ha raggiunto ancora un assetto definitivo, e che alla semiologia clinica bisogna sostituire la semiologia funzionale.

Le numerose incertezze che regnano ancora in questo campo sono legate alla nostra ignoranza sul funzionamento renale e sulla divisione di lavoro che si esplica normalmente in esso.

Per considerare i glomeruli come apparecchi di filtrazione ed i tubuli come mezzi di escrezione delle sostanze organiche, gli uni destinati alla diluizione, gli altri alla concentrazione, bisognerebbe ammettere una indipendenza funzionale tra glomeruli e tubuli, ciò che sperimentalmente non è stato confermato, specie in reni con presenza di lesioni anatomiche.

Da questo concetto la necessità di servirsi di prove speciali per conoscere la funzionalità renale, in rapporto alla sintomatologia clinica.

Per poter giudicare con un certo criterio probativo della capacità renale, non ci possiamo accontentare d'una sola prova, ma bisogna eseguirne diverse; la concordanza fra esse ed i sintomi clinici ci fornisce un concetto differenziale della lesione anatomica.

Le prove a tale scopo proposte sono numerosissime; di esse ne parla dettagliatamente il Lebermann, mettendone in evidenza i pregi ed i difetti; ma di molte il tempo e la critica obbiettiva hanno fatto completa giustizia, tanto che allo stato attuale, possiamo affermare, solo poche hanno trovato una pratica applicazione in clinica.

Le prove funzionali che comunemente si eseguono sono tre: prova dell'acqua, prova dell'azoturia e prova della cloruria sperimentale. La prova dell'acqua ci informa sulla capacità renale a diluire le sostanze organiche (prova della diluzione), ed a concentrarle in scarsa quantità di liquido, allorchè ne viene introdotta poca nell'organismo (prova della concentrazione); la seconda e la terza ci infor-

mano sui grado dell'attività renale ad espellere l'urea e il cloruro somministrato.

Non staremo a ripetere la tecnica di tali prove, descritta in ogni trattato di semiologia, nè le condizioni che le controindicano, nè i fattori extrarenali che possono influire su di esse, principale fra tutti il sistema cardiovascolare. Tuttavia il solo fatto che esse trovano pratica applicazione in clinica, è una ragione per pensare che accanto ai difetti, presentano pregi indubbi.

Nel 1925 Calvert proponeva una nuova prova per giudicare la funzionalità renale, ed avere un indirizzo diagnostico più preciso.

Questa prova, di cui noi abbiamo voluto controllare il valore, ha il pregio di riunire in un unico esperimento le tre prove: della diluizione, della concentrazione, dell'azoturia sperimentale, mentre presenta una tecnica semplice e poco fastidiosa per l'ammalato, perchè non obbliga il paz. ad urinare ogni mezz'ora, per 4 ore, come avviene per le altre prove.

Se la prova di Calvert non è originale, rappresenta però la felice sintesi di diversi fattori capaci di ben orientarci sulla funzione renale. Così per evitare falsi risultati, Calvert protrae oltre le 4 ore la massima concentrazione dell'urea; la effettua nel momento più adatto per il rene ad eliminare l'acqua e le sostanze organiche, cioè durante il sonno, quando l'assorbimento dell'acqua da parte dei tubuli è più intensa, mentre l'abilità a diluire l'urina è fatta con maggior profitto nelle ore di veglia, quando i reni sono più sensibili ai diuretici.

La tecnica della prova è la seguente:

Il paz. prende il suo abituale cibo durante la giornata; non deve però ingerire fluidi durante le 5-6 ore che precedono la prova. Si può permettere una piccola quantità di liquido alle 5 pom., ma nulla col pasto serale (7-8 pom.). Alle 10 pom. si fa vuotare la vescica, ed il paz. prende gr. 15 di urea in 3 once (gr. 90) di acqua; alle 11 pom. la vescica è fatta vuotare, e l'urina gettata. Poi il paz. va a letto; si raccolgono le urine dalle 11 alle 7 del mattino non frazionate; tale campione è indicato con la lettera *A*, e costituisce la concentrazione màssima. Tra le 7 e 7.45 del mattino si somministra circa 30 once (gr. 900) di the od acqua poco o affatto zuccherata, e si raccolgono le urine nelle due ore successive, fino alle ore 9 ant. Questo campione si indica con la lettera *B*, e costituisce la concentrazione minima. La prova può essere anticipata di un'ora, se fa più comodo, iniziandola alle 9 pom., e terminandola alle 8 della mattina.

La quantità di urea, per la sua scarsa tossicità (Mark, Simici Marcou e Popesco), e la quantità di acqua, se somministrata lentamente (Orr e Jnnes) non provocano alcun disturbo, eccetto nei casi di forte iperazotemia per l'urea, e di difficoltà di diuresi con lesioni renali a tipo idremico per l'acqua.

Dalle numerose ricerche di controllo fatte per stabilire il valore della sua prova, il Calvert ha stabilito che essa fornisce un buon criterio della funzione renale, e fino ad un certo punto anche della lesione anatomica.

Le prove di controllo per stabilire il comportamento delle concentrazioni A e B sono state fatte in diversi momenti, e in diverse condizioni.

Indicando con A la concentrazione Mx, e con B quella Mn, la differenza tra le due costituisce il *valore*. Volendo applicare i risultati di tale prova nelle diverse alterazioni renali, si ottiene il seguente schema, sec. l'A.:

normali: A = alta; B = bassa; valore: elevato;

nefrite cronica interstiziale: A = bassa; B = bassa; valore: piccolo o nullo;

nefrite parenchimatosa: A = alta; B = = alta; valore: piccolo.

La prova di Calvert non è stata molto sperimentata; in letteratura troviamo un unico articolo di Hunt, il quale l'ha applicata per tre anni in un numero notevole di casi. Da tali ricerche si ricava che la prova ha in comune con le altre i pregi ed i difetti; tuttavia essa può fornire utili indicazioni, non solo sul grado funzionale del rene, ma anche sulla lesione anatomica delle nefriti interstiziali; nelle nefriti parenchimatose la prova s'è mostrata insufficiente; superiore alla prova dell'acqua.

Volendo indicare la lesione anatomica che si ha dalla prova di Calvert, secondo le ricerche di Hunt, abbiamo:

Mx alta. Valore alto: arteriosclerosi renale senza insufficienza;

Mx bassa. Valore alto: arteriosclerosi con atrofia (piccolo rene rosso);

Mx bassa. Valore basso: sclerosi maligna (piccolo rene bianco).

* * *

Dopo le numerose prove proposte per saggiare la funzionalità renale in casi di nefropatie, sembra superfluo aggiungerne altre. Tuttavia è pregio dell'opera indicare quei mezzi sussidiari i quali con scarso disturbo e minimo danno per il paz., possono fornire le indicazioni che sono necessarie per chiarire la lesione clinica renale.

La prova di Calvert pur non presentando il pregio dell'originalità, ci è sembrata degna di considerazione per quelle caratteristiche ricordate, che ne mostrano la sua utilità.

Nell'articolo di Calvert e di Hunt non sono riferiti i metodi usati per la determinazione dell'urea nell'urina; notiamo però che la percentuale di urea dei protocolli è molto elevata rispetto a quella che normalmente troviamo noi; ciò dipende forse dal diverso metodo di dosaggio.

Abbiamo perciò creduto opportuno applicare la prova in normali, prima di iniziarne l'uso nei paz. con lesioni renali, per renderci conto dei valori da considerare come normali, rispetto a quelli ottenuti in casi patologici.

Il dosaggio dell'urea nell'urina era fatto con un comune metodo all'ipobromito, con un apparecchio (Calosi) del tipo Yvon. L'azotemia era dosata con l'apparecchio di Ambard, sul sangue totale fluorurato. Se tale dosaggio non pecca di troppa precisione, è però sufficiente per gli usi clinici, in cui non è necessario avere dosaggi assolutamente precisi dell'azoto.

Il dosaggio dell'urea era fatto subito dopo la fine della prova, su urine possibilmente fresche, e s'intende al ‰.

Prova di Calvert nei normali:

CASO I. — Reumatismo articolare acuto:
A=23.47 B=9.12 Val.=14.35
CASO II. — Morbo di Pott:
A=27.38 B=4.95 Val.=22.43
CASO III. — Emiparesi sinistra:
A=28.68 B=7.55 Val.=21.23
CASO IV. — Malaria:
A=19.56 B=3.91 Val.=15.65
CASO V. — Ipertensione, insufficienza mitralica, bradicardia:
A=22.16 B=4.28 Val.=17.18
CASO VI. — Enteroptosi:
A=22.16 B=6.52 Val.=15.64
CASO VII. — Postumi di broncopolmonite:
A=29.99 B=9.78 Val.=20.21
CASO VIII. — Arteriosclerosi:
A=26.08 B=8.47 Val.=17.61

Dall'esame di questi casi emerge che nei reni normali la prova di Calvert si presenta con un ritmo uniforme, identico a quello indicato dall'A.: la concentrazione massima è alta, la minima è bassa; il valore differenziale è elevato. Tali risultati stabiliscono i limiti entro i quali si può considerare normale la funzione del rene: una Mx alta, una Mn bassa, un valore differenziale non inferiore a 15 ‰ di urea.

Dei casi con lesione renale riferiremo per brevità soltanto le notizie indispensabili. Nel riferimento delle prove dell'acqua e della concentrazione, il numero superiore si riferisce ai cc., l'inferiore al peso specifico; nella prova dell'acqua la raccolta delle urine veniva fatta ogni mezz'ora; la parola *prima* indica l'urina prima della somministrazione dell'acqua, *dopo* quella successiva.

Nefriti emorragiche:

CASO I. — A. 35; es: urina: P. S. 1016; album. 0.25 ‰; sedimento: emazie, leucociti, qualche cilindro granuloso.
Azotemia: 0,29 ‰; cloruremia: 5,60 ‰; pressione (Riva-Rocci): 127/75.
Prova della concentrazione: 66/1019; 45/1024; 56/1024.
Prova della diluizione (cc. 1000): prima: 63/1008; dopo: 262/1003; 283/1002; 293/1003; 78/1006; 48/1008; 50/1009; 34/1016; totale cc. 1011
Calvert: A=27.12 B=5,05 Val.=22.08

CASO II. — A. 23; es. urina: P. S. 1017; alb. pres.; sed.: abbondanti emazie; scarsi leucociti; non cilindri.
Calvert: A=21.77 B=6.25 Val.=15.17

CASO III. — A. 8; tonsillite; edemi lievi al viso e agli arti inf.; es. urine: P. S. 1016; alb.: 0,50 ‰; sangue pres.; cloruri 8,35 ‰; sed.: numerosissime emazie; leucociti; pochi cilindri ialini e ialino-granulosi.
Azotemia: 1.06 ‰; 0,42 ‰; press.: 117/70.
Prova della diluizione (cc. 500): prima: 32/1016; dopo: 33/1013; 260/1004; 188/1004; 100/1005; 65/1005; 42/1012; 33/1015; 25/1012; 115/1006; totale: cc. 861.
Calvert: A=24.12 B=16.95 Val.=7.17

CASO IV. — A. 22; es. urina: P. S. 1015; alb. pres.; sangue: pres.; sed.: molte emazie; rari cilindri ialini ed ematici.
Azotemia: 0,53 ‰; press. Mx 95.
Prova della diluizione: prima: 345/1021; dopo: 272/1004; 108/1003; 168/1001; 103/1000; 21/1012; 20/1012; 12/1010; 27/1012; totale: cc. 734.
Calvert: A=10.99 B=3.68 Val.=7.31

CASO V. — A. 22; edemi al viso, arti infer., dispnea, cianosi; es. urina: P. S. 1020; alb.: 0,50-0,10 ‰; sed.: emazie in quantità; cilindri ematici e ialino-granulosi.
Azotemia: 0,66-0,39 ‰; cloruremia: 2,32 ‰; press.: 145/110; 100/65.
Prova della diluizione: prima: 360/1007; dopo: 40/1006; 73/1003; 74/1003; 75/1004; 145/1004; 24/1006; 143/1005; 175/1004; 98/1005; totale: cc. 847.
Calvert: A=11.30 B=6.91 Val.=4.38

CASO VI. — A. 15; pleurite essudativa destra; es. urina: P. S. 1012; alb. presente; sed.: numerosissime emazie; scarsi leucociti; non cilindri.
Azotemia: 1,65 ‰; press.: 110/40.
Calvert: A=17.60 B=18.90 Val.=— 1.30

Osservazioni. Sotto la denominazione generica di nefrite emorragica noi intendiamo considerare le forme di nefrite a focolai, la cui principale caratteristica è l'ematuria, a cui fa riscontro una limitata lesione anatomica, sic-

chè le glomerulonefriti emorragiche hanno un decorso benigno, durano poco, ed anche quando passano allo stato cronico, presentano una prognosi piuttosto buona.

A noi mancano dati sicuri per poter giudicare dall'inizio se la nefrite emorragica è di quelle a decorso breve e benigno, oppure se si avvia allo stato cronico o si può modificare in nefrite diffusa.

D'altra parte, dato gli intimi rapporti che esistono tra queste due forme, è difficile poter stabilire una netta indipendenza nosografica fra esse.

Dai casi riferiti ricaviamo che i primi due sono da considerarsi come nefriti a focolai puri e semplici, con lesioni limitate e senza alterazioni della funzione renale. Infatti la prova dell'acqua e quella di Calvert sono d'accordo nell'indicare l'ottimo stato funzionale del rene.

I casi 3 e 4 bisogna considerarli a cavallo tra la forma a focolai e quella diffusa: esiste qualche edema; l'azotemia è un po' elevata, la pressione normale.

La prova dell'acqua mentre appare normale per la quantità ed il ritmo di eliminazione, non conserva lo stesso andamento nei confronti del peso specifico. La Calvert con un basso valore ci indica l'incompleta sufficienza renale, nell'un caso a carico dei tubuli, nell'altro dei glomeruli.

Il caso 5 ha anche più spiccate le caratteristiche d'una glomerulonefrite diffusa, con alterazioni di circolo; la prova dell'acqua è normale, la Calvert mostra una maggiore lesione del rene.

Nel caso 6 alla nefrite si aggiunge una pleurite, che può agire come causa extrarenale, capace di falsarne i risultati. Tuttavia l'azotemia elevata, e la prova di Calvert, con valore negativo, ci informano sullo stato funzionale del rene.

In questo caso sarebbe da domandarsi se il ritmo invertito delle concentrazioni dipenda dal fattore extrarenale o dalle condizioni del rene. Vedremo in altri casi come nelle nefriti con iperazotemia è comune riscontrare questo ritmo invertito, con valori negativi.

Glomerulonefrite diffusa acuta e cronica.

CASO VII. — A. 25; non edemi, cefalea, visus diminuito; es. urina: P. S. 1020; alb. 1 ‰; sed.: emazie, leucociti, rari cilindri ialini.
Azotemia: 0,60 ‰; press.: 220/115.
Fundus oculi: papillo-retinite nefritica a tipo albuminurico.
Calvert: A=20.86 B.=9.78 Val.=11.08

CASO VIII. — A. 24; cefalea, lievi dolori lombari; es. urina: P. S. 1018; alb. pres.; sed.: rare cellule renali, emazie.
Azotemia: 0,39 ‰; press.: 125/90.
Calvert: A=17.21 B=5.86 Val.=11.35

CASO IX. — A. 34; diminuzione della vista, cefalea, confusioni; es. urina: P. S. 1009; alb. pres.: urea 11,91 ‰; cloruri: 5,80 ‰; sed.: leucociti, qualche emazie, rari cilindri ialini.
Azotemia: 0,37 ‰; press.: 220/140.
Cuore: aumento V. S.; secondo tono rinforzato.
Fondo occhio: atrofia postneuritica del nervo ottico bilaterale.
Calvert: A=20.08 B=8.35 Val.=11.73

CASO X. — A. 34; a 18 anni nefrite; cefalea, edemi art. inf.; es. ur.: P. S. 1011; alb.: 1,75 ‰; urea: 7,67 ‰; cloruri: 3,59 ‰; sangue: pres.; sed.: numerose emazie, qualche cellula renale, cilindri ialini.
Cuore: ingrandito V. S.; poco A. D.
Azotemia: 0,54-0,78 ‰; press.: 158/98.
Fondo occhio: piccola emorragia a fiamma papillo-maculare in O. D.
Prova dell'acqua (cc. 500): prima: 27/1015; dopo: 17/1010; 35/1007; 37/1006; 34/1005; 52/1006; 75/1007; 78/1007; 72/1007; totale: cc. 400.
Calvert: A=15.64 B=7.82 Val.=7.82

CASO XI. — A. 33; lievi edemi arti inf., cefalea, vomito, affanno; es. urina: P. S. 1020; alb.: 0,25 ‰; sed.: leucociti, emazie, rari cilindri ialini.
Azotemia: 0,40 ‰; press.: 110.
Prova dell'acqua: prima: 35/1021; dopo: 24/1024; 37/1022; 21/1012; 15/1024; 18/1023; 22/1020; 13/1024; 30/1018; totale: cc. 180.
Calvert: A=16.95 B=14.34 Val.=2.61

CASO XII. — A. 38; es. urina: P. S. 1009; alb.: pres.; sed.: cilindri ialini, ialino-granulosi, epiteliali, molte emazie, scarsi leucociti.
Cuore: ipertrofia V. S.; toni forti.
Azotemia: 1,30 ‰; press.: 90/40.
Prova della concentrazione: 225/1010; 260/1009; 195/1009.
Calvert A=13.04 B=11.73 Val.=1.31

CASO XIII. — A. 68; cefalea, vertigini, parestesie, memoria diminuita; es. urine: P. S. 1006; alb.: pres.; sed.: qualche emazia.
Azotemia: 0,40 ‰; press.: 170/100.
Prova dell'acqua: prima: 284/1014; dopo: 45/1010; 50/1006; 117/1004; 35/100; 46/1008; 37/1005; 38/1005; 35/1004; totale: cc. 403.
Calvert: A=18.25 B=17.68 Val.=0.57

CASO XIV. — A. 30; es. urina: P. S. 1003; alb.: 0,75 ‰; sed.: numerosi cilindri ialini, ialino-granulosi.
Azotemia: 0,61 ‰; press.: 160/65; R. W. positiva.
Cuore: ingrandito V. S., A. D.
Prova dell'acqua: prima 100/1018; dopo 50/1011; 50/1010; 40/1004; 10/1004; 30/1007; 51/1016; totale: cc. 181.
Calvert: A=12.77 B=12.27 Val.=0.50

CASO XV. — A. 40; tre anni fa nefrite con edemi; cefalea; ora doppio vizio mitralico, insufficienza aortica; es. urina: P. S. 1008; alb.: pres.;

sed.: scarsi cilindri ialini e ialino-granulosi; non emazie.

Azotemia: 1,95 ‰; press.: 190/130; R. W. positiva.

Cuore: aumentato in toto; fondo oculare negativo.

Prova dell'acqua: prima: 300/1005; dopo: 50/1006; 30/1005; 20/1007; 50/1006; 40/1008; 60/1008; 101/1010; 70/1008; totale: cc. 421.

Calvert: A=7.82 B=7.82 Val.=0

CASO XVI. — A. 35; due anni fa lesione renale; ora disturbi visivi, cefalea; es. urina: P. S. 1016; alb.: 2 ‰; urea: 10,23 ‰; cloruri: 1,27 ‰; sed.: neg.

Azotemia: 2,79 - 4,14 - 5,20 ‰; azotorachia: 3,97 ‰; press.: 250/160.

Cuore: aumento V. S.; primo tono sdoppiato; II aortico rinforzato.

Fundus oculi: neuro-retinite, con edema papillo-retinico, emorragie retiniche e chiazze essudative biancastre.

Calvert: A=9.18 B=11.72 Val.=— 2.60

Autopsia: rene D. gr. 125; S. gr. 25; rene S. con superficie granulare, e zone di atrofia della corteccia; la corticale ispessita in corrispondenza delle zone sane; i glomeruli rilevati, di colorito grigio; presenza quindi di lesioni degenerative acute e croniche.

CASO XVII. — A. 39; dispnea notturna; cefalea, pallore, dimagramento; es. urina: P. S. 1020; alb.: pres.; sed.: leucociti, qualche emazia, cilindri d'ogni specie.

Cuore: aumento V. S.; A. D.; ritmo di galoppo alla punta; II aortico rinforzato.

Azotemia: 1,60 ‰; press.: 180/ 125.

Calvert: A=10.43 B=16.95 Val.=— 6.52

Osservazioni. Dalla considerazione dei casi esposti, si ricava che il comportamento della prova di Calvert conserva un andamento conforme alle lesioni renali, al grado dell'azotemia, alla prova della diluizione. Un risultato un po' discordante sembra notarsi nel caso 13, in cui la Calvert dà un indice di funzionalità renale inferiore alla sintomatologia. Notiamo però che si trattava di un vecchio gottoso, con tofi enormi e diffusi a tutte le articolazioni; la prova dell'acqua si presenta irregolare, e svela un cattivo funzionamento renale; a più ragione la prova di Calvert può essere stata influenzata dal grave disordine urico presente.

Interessante il caso 15, il quale, accanto ad una lesione di circolo, presenta note di grave alterazione renale, con iperazotemia notevole, e prova dell'acqua insufficiente.

Anche la Calvert dà un valore zero, con la concentrazione massima e minima identica.

I due casi 16 e 17 sono importanti perchè hanno dato un valore negativo, con ritmo invertito nell'eliminazione dell'urea. Nelle sue ricerche il Calvert non accenna ad un tale comportamento, che noi abbiamo riscontrato anche in una forma emorragica.

Vedremo l'interpretazione di tale risultato; sta di fatto però che il valore negativo si ha nelle forme con gravi lesioni renali, e grave azotemia. Infatti nel caso 16 vi era un'azotemia massima di 5.20 ‰; nel caso 17 si riscontrano nel sedimento abbondanti cilindri d'ogni specie, segno dell'intensa lesione renale.

Nefrosi:

CASO XVIII. — Nefrosi gravidica; es. urine: P. S. 1016; alb.: pres.; cloruri 12,09 ‰.; sed.: leucociti, rare emazie e cilindri ialini.

Azotemia: 0.36 ‰; press.: 110/60.

Prova dell'acqua: prima: 19/1012; dopo: 84/1013; 220/1004; 98/1006; 33/1009; 17/1020; 18/1020; 20/1020; 45/1018; totale: cc. 535.

Calvert: A=26.08 B=10.43 Val.=15.65

CASO XIX. — Nefrosi con riacutizzazione nefritica; es. urina: P. S. 1009; alb.: 4 ‰; cloruri: 7,60 ‰; sed.: molte emazie, qualche cilindri ialino e ialino-granuloso.

Cuore: aumento V. S.

Azotemia: 0,60‰; press.: 100/50.

Prova della concentrazione: 350/1007; 175/1004; 180/1008; 75/1012.

Calvert: A=26.66 B=16.95 Val.=9.71

CASO XX. — Nefrosi luetica; es. urina: P. S. 1011; alb.: abbond.; cloruri: 9,16 ‰; sed.: rare emazie, leucociti, cilindri e cilindroidi.

Azotemia: 0,45 ‰; press.: 113/67; R. W. positiva.

Prova dell'acqua: prima: 297/1012; dopo: 58/1012; 240/1004; 145/1001; 77/1006; 50/1003; 85/1007; 138/1008; totale: cc. 793.

Calvert: A=18.90 B=4.95 Val.=13.95

CASO XXI. — Nefrosi luetica, aortite; es. urina: P. S. 1012; alb.: pres.; sed.: rare emazie, vari cilindri ialini e ialino-granulosi.

Cuore: aumento V. S., meno A. D.

Azotemia: 0,33 ‰; press.: 250/140; R. W. negativa.

Prova dell'acqua: prima: 15/1006; dopo: 51/1006; 161/1000; 181/1001; 89/1003; 39/1006; 25/1007; 14/1010; 33/1006.

Calvert: A=19.45 B=4.82 Val.=15.13

Osservazioni. Ci sembra superfluo richiamare l'attenzione dettagliatamente sui casi riferiti, in cui la prova di Calvert si comporta in modo analogo allo stato funzionale del rene ed agli altri dati di laboratorio.

Sembra fare eccezione il caso 21 in cui la Calvert dà un indice di rene normale, il che deve far supporre una buona funzionalità renale, o almeno di uno dei reni.

Aggiungiamo due casi in cui pur non essendovi una constatata lesione renale clinicamente, si aveva una Calvert insufficiente.

CASO XXII. — Emiplegia, arteriosclerosi, artrite luetica; es. urine: P. S. 1019; alb.: ass.; sed.: rare emazie.

Azotemia: 0,46 ‰; press.: 180/120; R. W. negativa.

Prova della concentrazione: 160/1014; 95/1017; 80/1020; 75/1019.

Calvert: A=27.12 B=15.64 Val.=11.48

CASO XXIII. — Sciatica; es. urina: P. S. 1018; alb.; tracce; sed.: rare emazie.
Azotemia: 0,45 ‰; press.: 130/90.
Calvert. A=27.38 B=20.21 Val.=7.17

CONSIDERAZIONI.

La sintetica esposizione dei casi, insieme alle altre ricerche inerenti a chiarire il problema delle nefriti, ci dispensa da un lungo commento.

È evidente che se desiderassimo diagnosticare una lesione renale, o conoscere lo stato del rene da una sola prova funzionale, ci esporremmo a rischi che potrebbero serbarci una grande delusione. A questa opinione sottoscrivono quanti si sono occupati dell'argomento, con a capo Volhard.

Per quanto riguarda la prova di Calvert noi possiamo stabilire che essa risponde bene, e dà dei risultati che concordano con la semiologia clinica e con le altre prove funzionali.

Vi sono dei casi in cui tali risultati non sembrano accordarsi con la lesione renale; ma questo fatto, comune a tutte le prove funzionali del rene, dipende dalla scarsa conoscenza che abbiamo della funzione renale e delle lesioni anatomiche corrispondenti; inoltre se dobbiamo negare una divisione di lavoro tra tubuli e glomeruli (Bertolini, Galeotti), e se ignoriamo, quel che ha più valore, in casi di nefrite se sia ammalato uno o entrambi i reni, è evidente come anche la prova di Calvert possa essere od apparire insufficiente in certi casi.

Queste considerazioni appena accennate, sono sufficienti, a parer nostro, per togliere un gran valore alle prove funzionali, applicate col criterio di stabilire la lesione istologica di una nefrite, come asseriscono Calvert, Hunt, Schlayer. Così che anche la prova di cui ci siamo occupati non può rendere più di quello che forniscono le altre; il *valore* differenziale ci indica, nel senso di Koranyi, se il rene è sufficiente o insufficiente, cioè « lo stato in cui cade l'organismo quando la funzione totale dei reni non soddisfa più ai bisogni dell'organismo stesso », comprendendo in questo concetto sia una lesione totale dei reni, sia la compartecipazione delle altre funzioni organiche (circolatoria specialmente) che con il rene hanno intimi rapporti.

Inteso in tal senso, la prova di Calvert ci sembra superiore alle altre, perchè ad una facile tecnica, aggiunge la preziosa indicazione del grado del *valore*, il quale rappresenta lo stato funzionale del rene, e quindi suggerisce la prognosi e la terapia.

Una classifica nel senso di Calvert o di Hunt ci sembra troppo arrischiata, e capace di far cadere in facili errori.

Come si può spiegare il valore negativo ottenuto in casi gravi di nefrite, con iperazotemia?

Scartata l'ipotesi d'una causa extrarenale, bisogna invocare le condizioni gravi del rene per giustificare tale ritardo.

Ma dipende da una ritardata eliminazione per la disposizione dei tessuti a trattenere l'urea, o per l'alterata filtrazione renale, la quale non permette l'eliminazione di tutta l'urea nella concentrazione con cui viene somministrata?

Le conoscenze ancora incomplete che abbiamo sull'atteggiamento del rene sano e malato di fronte all'urea ed alle sue scorie, non ci permettono di risolvere il problema con sicura coscienza.

Il fatto principale è che la prova di Calvert, mentre presenta una semplice modalità, riunisce in una le tre prove: della diluizione, della concentrazione, dell'azoturia sperimentale; le risposte che si ottengono dalla Calvert, non essendo inferiori a quelle delle altre prove comunemente usate, consigliamo di usarla con profitto, quando si tratta di conoscere lo stato funzionale del rene.

E se si pensa che nelle nefriti, per il criterio clinico, è più necessario stabilire non la condizione statica dell'organo, ma quella dinamica o funzionale, ne scaturisce tutta l'importanza che può avere la prova di Calvert, la quale ci indica con il *valore* differenziale la condizione d'insufficienza renale, che più si avvicina alla realtà.

CONCLUSIONI.

È stata sperimentata la prova suggerita da Calvert in affezioni renali di diversa natura, comparandola con le altre prove funzionali e con le ricerche comunemente eseguite in casi di nefrite.

La prova di Calvert non s'è mostrata inferiore alle altre prove, ma capace di dare un ottimo criterio sullo stato di sufficienza renale.

Per la semplicità della sua tecnica e per le maggiori indicazioni che fornisce, essa è da preferirsi a quelle correntemente usate nella diagnostica funzionale delle **nefriti.**

BIBLIOGRAFIA.

CALVERT. Brit. Med. Journ., n. 64, genn. 1925.
GALEOTTI. Arch. f. Anat. u. Physiol., p. 200, 1902.
HUNT. The Lancet, CCXV, nov. 1928.
FERRANNINI. XXX Congr. Med. Intern., 1924.
LEBERMANN. Med. Klin., n. 28-31, 1927; Schweizer. Med. Woch., 2, I, 1929.
MARN. Zeitschr. f. ges. exper. Med., vol. LIX, 5, 6.
ORR e JNNES. Brith. Journ. Exper. Path., 61, 1922.
SIMICI, MARCOU e POPESCO. Presse Méd., 60, luglio 1928.
SILVESTRI. *Le nefropatie sec. le moderne vedute* Pozzi, ed., 1923.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale "Regina Elena„ di Trieste - Riparto Chirurgico.

Contributo alla cosidetta "Colecistectomia ideale„.

Dott. ETTORE OLIANI, chirurgo primario.

Dappoichè da qualche tempo si va manifestando nella moderna chirurgia un indirizzo speciale, che fino a pochi anni or sono era seguìto da pochissimi, perchè ritenuto azzardato e pericoloso, mi sembra non sia fuor di luogo portarvi un piccolo contributo.

Se pure Ritter nel 1912, in pochi casi, e poi nel 1913, ha seguìto il concetto di chiudere del tutto il cavo dell'addome dopo la colecistectomia, e ciò anche in qualche caso di peritonite biliare, noi vediamo che tale procedimento fu seguìto ben da pochi, e si può affermare che soltanto da quando Haberer va ripetutamente sostenendo che tale deve essere la via da seguire, se ne ebbero qua e là sostenitori convinti.

Egli nel 1917, avendo dovuto praticare contemporaneamente all'asportazione della cistifellea anche una resezione per ulcera gastrica, ha, per la prima volta, chiuso del tutto l'addome, partendo dal concetto che in tale modo è migliore il decorso postoperativo; da allora e da quando potè poi con esito brillante chiudere l'addome anche nei casi di ulcera gastroduodenale perforata con peritonite, dopo il loro radicale trattamento (resezione) ha caldeggiata l'idea della chiusura metodica dopo la colecistectomia. La colecistectomia, cosidetta ideale, come egli la chiama, ebbe da allora a poco a poco validi sostenitori, ma anche avversari convinti.

Già Körte, a suo tempo affermava che dopo l'asportazione della cisti, può venir omesso il tampone di garza, purchè sia stato possibile peritonealizzare il letto della cisti, e coprire il moncone del dotto cistico; consigliava però ad ogni modo di lasciare per 48 ore un piccolo tubo di drenaggio: egli afferma che in tale modo si ottiene una guarigione più rapida e una cicatrice più resistente. Di poi molti si sono aggiunti ad Haberer negli ultimi anni, portando il loro contributo d'esperienza personale a tale tecnica. Egli riporta gli ottimi risultati che ebbe da che ha seguìto sempre tale metodo e precisamente 41 casi, tra i quali 5 con contemporanea resezione dello stomaco, 5 con appendicectomia, e 1 con gastroduodenostomia; Schultz riferisce di 25 casi suoi e Payr di 50 con ottimo esito.

Ma come dissi, contro la chiusura d'emblée in tali atti operatori troviamo pure avversari decisi, tra i quali specialmente Orth e Franke.

Il primo, che pure, come egli stesso afferma, era stato anche tra i sostenitori della colecistectomia ideale, l'ha ora abbandonata ed è ritornato al drenaggio con tubo, come la maggior parte dei chirurgi usò ed usa ancora oggidì, nell'idea di avere così una valvola di sicurezza contro eventuali complicazioni, dovute a spandimento di bile nel cavo addominale. In appoggio, egli porta il seguente caso occorsogli dopo un tale intervento: ad un malato, al quale aveva praticato la colecistectomia con chiusura totale, dovette riaprire l'addome al secondo giorno perchè erano sopravvenuti sintomi di peritonite. Egli trovò una raccolta saccata di circa 900 cmc. di bile sotto il foglietto peritoneale, che copriva il moncone del dotto cistico ed era dovuta al fatto che la legatura di esso era scivolata, dando luogo a versamento di bile sotto il peritoneo con conseguenti fenomeni irritativi di esso; messo un drenaggio il malato guarì. Considerando tale incidente, davvero spiacevole, egli a sostegno della necessità di porre un drenaggio dopo la colecistectomia, porta i seguenti fatti: anzitutto la secrezione biliare avviene sotto una pressione di circa 200 mm. d'acqua, pressione che la legatura del moncone cistico deve sopportare; di più il fisiologico riempimento della cistifellea è dovuto all'azione dello sfintere coledoco-duodenale, al suo tono, e al periodico aumento della contrazione di esso, fattori questi che portano ad un temporaneo aumento della pressione sotto cui si trova la bile nel dotto coledoco.

Tale pressione, che secondo Oddi corrisponde nel suo massimo a 675 mm. d'acqua, è, come fisiologicamente, diretta verso il dotto, e quindi, rispettivamente verso il moncone cistico; ne segue che se quest'ultimo è breve, la legatura, sotto tale pressione può facilmente scivolare, con libero versamento della bile nel peritoneo, o in genere, all'esterno di esso dotto.

Franke dal canto suo porta due casi, nei quali ebbe addirittura esito infausto: in uno si riscontrò all'autopsia che lo spandimento libero della bile nel cavo peritoneale proveniva da un piccolo lume di un dotto biliare, che non era stato peritonealizzato; nell'altro si trattava di una lesione fatta coll'ago durante l'affondamento sottosieroso, dopo coledocotomia, del tratto di sutura del coledoco.

Prima di passare all'enumerazione dei vantaggi, che la chiusura d'emblée porta seco, mi sembra opportuna una breve critica de-

gli argomenti contrari addotti da questi due autori.

Orth afferma anzitutto che il moncone del cistico deve essere abbastanza corto, per ovviare al pericolo della formazione di una nuova cistifellea e di calcoli, e perciò si corre il rischio dello scivolamento della legatura, specialmente se venga per una causa qualsiasi ad aumentare la pressione della bile nel coledoco. Si deve però osservare a tale principio, che la possibilità della formazione di una nuova cistifellea deve essere accolta con molto riserbo; pare infatti che sia estremamente rara e in ogni caso non si trattò mai di una vera cisti neoformata.

A tale proposito Specht in un suo lavoro del quale tenne parola al Congresso di Francoforte (1920), afferma che nella letteratura non si trovano menzionati casi simili, ma che solo in alcuni, nei quali era stata praticata una parziale estirpazione di essa, la parte residuata assunse a poco a poco le funzioni della cistifellea: porta in appoggio: che su 3700 operazioni sulle vie biliari, eseguite nella Clinica di Giessen, 137 casi vennero rioperati per recidiva di calcolosi; di questi ultimi in tre solo si trovò il dotto cistico arrivare fino alla lunghezza di 2-4 cm. e alla larghezza di 1-2 cm., mai però si trattò di una vera cisti. Per quanto riguarda poi l'eventualità che la legatura abbia a scivolare dal moncone del cistico sotto la spinta della bile, non so davvero se la pressione, ad es., che si manifesta nel cieco dopo una appendicectomia, per accumulo di gas, sia minore di quella della bile nel coledoco dopo la legatura del cistico, e d'accordo con Schultz, non so comprendere perchè non dovrebbe trovarsi in ben peggiori condizioni la legatura di un grosso vaso arterioso, dove la pressione è ben più forte e continua e precisamente diretta nel senso del moncone legato, di quella che possa venire esercitata sul moncone del cistico, laddove la bile ha una naturale via di sbocco, fisiologicamente aperta al libero suo deflusso.

Di fronte ai casi succitati, che verrebbero ad ogni modo a far considerare poco favorevolmente il metodo in parola, sonvi oramai statistiche di numerosi casi, con decorso veramente ottimo, e che valgono ad appoggiarlo vivamente.

Haberer anni or sono, nel pubblicare i suoi due primi casi di ulcera gastroduodenale perforata con peritonite e trattati con l'intervento radicale (resezione circolare nell'uno, nell'altro resezione Krönlein-Mikulicz), considera i vantaggi della chiusura d'emblée dell'addome, venendo a concludere che tale procedimento è ottimo, laddove le condizioni lo permettano, e con determinate premesse.

Egli afferma a proposito delle peritoniti perforative, che tolto il focolaio infettivo e asportato col lavaggio abbondante del cavo il materiale ivi accumulatosi, si può chiudere l'addome, inquantochè il peritoneo vince da solo l'infezione residua: il drenaggio infatti non può avere che effetto locale per la parte di addome che è in diretto contatto con esso, mentre ne resta escluso tutto il resto della cavità per le molteplici aderenze, che prontamente si formano tutt'attorno.

Ne viene di conseguenza che l'infezione e il materiale infettivo residuante dopo il lavaggio o toilette del cavo addominale, e che si trova in altri punti del peritoneo, lontani da quello drenato, devono esser vinti dalla sola azione di esso; quindi avendo tolto il focolaio che è stato fonte del processo peritonitico, si ottengono, chiudendo l'addome, delle condizioni eguali a quelle che si avrebbero praticando il drenaggio. A tale proposito debbo dire che io pure da qualche tempo seguo tale concetto e cioè chiudo l'addome totalmente nei casi di peritonite perforativa, perchè sono convinto che per poter fare un drenaggio efficace del peritoneo, bisognerebbe moltiplicarlo all'infinito. Di tale modo di procedere, non ebbi del resto mai a pentirmi e i risultati pratici valgono certo infinitamente più di qualunque concezione teorica.

Mutano al contrario le condizioni extraperitoneali, ed ecco i vantaggi della chiusura d'emblée, che Haberer dopo l'esperienza fattane nei casi suddetti, ha creduto di eseguire anche nell'asportazione della cistifellea e che ha chiamato: « colecistectomia ideale »:

maggiore facilità di contrazione delle pareti addominali a ventre chiuso, che favorisce di molto una maggiore espansione toracica, con ventilazione polmonare profonda, il che vale, se non ad impedire, almeno a diminuire i pericoli di complicazioni da parte dell'apparato respiratorio, e ad ogni modo a dare una maggiore facilità di espettorazione;

si rende più facile e più pronta la ripresa delle funzioni intestinali, essendo più facile, più pronta e più attiva la pressione volontaria della parete addominale in un ventre chiuso, che in uno drenato per il minor dolore che viene provocato dalle contrazioni dei muscoli addominali;

sembra, ed almeno lo si deve ammettere teoricamente, che la chiusura del cavo addominale senza drenaggio, provochi in minor grado processi adesivi, evitando così i gravi disturbi, che si deplorano postoperativamente;

il tempo occorrente per la guarigione è molto più breve e la cicatrice residua è molto più resistente. Haberer afferma ancora che nei

casi drenati ebbe ad osservare spesso trombosi delle estremità inferiori, mai in quelli chiusi.

Però se si deve plaudire al valido appoggio che tale modo di trattamento ebbe, per i vantaggi che esso presenta, è bene tuttavia aver presenti le condizioni assolutamente necessarie affinchè si possa seguirlo: Haberer pratica la chiusura dell'addome in tutti i casi di estirpazione della cistifellea, dove si poteva praticare la completa peritonealizzazione del letto di essa e la copertura del moncone del dotto cistico e nei casi dove non si rendeva necessario un drenaggio delle vie biliari; ne restano quindi esclusi, secondo il predetto autore, quelli con preesistente infezione delle vie biliari profonde, con presenza di escessi specialmente attorno alla cisti stessa. Ne debbono ancora venir esclusi i casi con calcoli nel coledoco epatico.

Secondo Payr soltanto nel 10 % dei casi si potrebbe procedere alla chiusura totale della cavità, mantenendo strettissime le indicazioni; i più favorevoli sarebbero: l'idrope della cistifellea e il calcolo stenosante del cistico.

Tali furono le indicazioni da me seguìte e ai casi succitati sono ben lieto di poterne aggiungere di miei, nei quali ebbi campo di persuadermi della bontà del metodo e dei suoi vantaggi.

Debbo però osservare due fatti importanti che riguardano la tecnica da seguire: anzitutto mi astengo assolutamente dall'usare il catgut e adopero costantemente la seta: essa, a mio modesto parere, offre più sicure garanzie di asepsi e di resistenza. Lo scollamento della cisti dal suo letto deve essere fatto, per quanto possibile, in modo da non aprire in esso vie biliari, e da permettere di peritonealizzare del tutto la nicchia cistica. Talvolta all'avvicinamento dei due lembi laterali di peritoneo, scolpiti sulla parete della cisti e da essa isolati, aggiungo qualche sutura epatica, che viene ad infossare completamente il letto cistico. Il cistico lo lego due volte a distanza di circa 2-3 mm. dalla sua inserzione sul coledoco e di altrettanto tra i due lacci; dopo averlo toccato con tintura di iodio nella sua superficie di sezione, lo affondo sotto il peritoneo.

Io credo, se posso esprimere il mio modesto parere, che se si è verificato e venne lamentato da altri uno spandimento di bile in qualche caso, esso sia avvenuto per incompleta peritonealizzazione del letto della cisti e contemporanea lesione di qualche piccola diramazione dei dotti biliari nel distacco di essa, oppure ad allentamento della legatura del cistico, perchè fatta con catgut.

La colecistectomia ideale fu argomento di discussione al Congresso Italiano di chirurgia del 1922, e vi si dichiararono favorevoli solo il prof. Donati, il prof. Chiasserini della Clinica di Roma, ed io portando in appoggio 72 casi di chiusura totale dell'addome dopo colecistectomia e anche coledocotomia per calcolo di tale dotto. Un anno più tardi trattandosi, quale argomento del Congresso la litiasi biliare, il prof. Donati affermava di poter estendere i limiti della colecistectomia ideale alla grande maggioranza dei casi, eccettuati alcuni, come ad es. la rottura della cisti durante l'intervento; il prof. Crosti in quell'occasione accennò al pericolo della presenza di dotti biliari aberranti, i quali recisi nel distacco della cisti, possono dar luogo a spandimento di bile.

Il prof. Fichera, ebbe a chiedere se si potessero formulare leggi determinate sulle indicazioni della colecistectomia ideale: la stessa risposta a tale richiesta, che sarebbe stata possibile allora, vale anche oggidì, inquantochè sebbene tale questione si possa ritenere quasi definita, essa tuttavia è ancora oggi, se non oggetto di discussioni fondamentali, per lo meno di relazioni e di accenni, in tutte le riunioni di chirurghi, e ne fa fede l'ultimo Congresso dei chirurghi tedeschi, al quale hanno preso parte Haberer, Ritter, Haberland, Peitmann, ecc. (marzo 1929, Düsseldorf).

Anche Baggio nel suo lavoro sul problema della colecistectomia, si afferma partigiano della chiusura senza drenaggio.

Dalla personale mia esperienza, che verte oramai sopra più che 500 casi di operazioni sulle vie biliari, posso dedurre ed affermare, che anche in tale campo si debba restare fedeli a quel principio, che credo sia utile, e necessario tenere ognora presente in qualunque intervento operativo, ma specialmente addominale; non si deve mai fissarsi un preventivo metodo programmatico, ma conformarsi di volta in volta alle condizioni locali. Debbo convenire, che se molte volte non mi sono peritato di chiudere completamente l'addome, anche dopo coledocotomia, ho dovuto molto spesso, mio malgrado, porre un drenaggio, o addirittura zaffi di garza, dopo una colecistectomia, che all'inizio sembrava si sarebbe svolta in maniera da poter chiudere completamente l'addome.

La mancante sicurezza di una perfetta viabilità del coledoco e papilla di Vater;

la impossibilità di una doppia legatura del cistico, per troppa brevità di questo;

la insufficiente copertura peritoneale del moncone cistico, che può tuttavia considerarsi non assoluta controindicazione (vi sono infatti dei casi, nei quali i lembi del peritoneo, che normalmente ricoprono il coledoco epatico,

sono facilmente lacerabili, e non permettono una completa sutura);

la impossibilità di una perfetta emostasi, sia per stillicidio dal letto stesso della cistifellea, sia vicino al coledoco cistico;

oltre all'assoluta controindicazione, costituita dalla incompleta ectomia sottosierosa, nei casi di vecchia data, con concrescimento della parete della cisti al suo letto;

determinano condizioni, che vietano la chiusura completa.

In generale, senza voler fissare delle cifre percentuali, si può asserire, che la colecistectomia ideale, sia senza dubbio da ritenere il metodo da seguire, specialmente nei riguardi dell'esito lontano, perchè in tale modo si vengono ad evitare i disturbi conseguenti alle maggiori e più estese aderenze, che si hanno dopo drenaggio, ma che però in determinati casi, e questo generalmente in quelli non operati precocemente, non si possa fare a meno di un drenaggio, e anche di uno zaffamento con garza.

Già il fatto però di poterlo limitare ad un semplice tubo, che, quale valvola di sicurezza, può venir tolto, come consigliava Körte già dopo 24-48 ore, costituisce certamente un grande progresso, in confronto di quel tempo e di coloro, i quali ad ogni colecistectomia, vogliono sempre aggiunto uno zaffamento con garza. Ciò specialmente, ed io stesso ebbi ripetutamente occasione di farlo con ottimo successo, là dove la colecistectomia viene aggiunta, quale completamento di atti operativi di diversa natura, come ad es., la resezione piloro-gastrica per ulcera.

RIASSUNTO.

La colecistectomia « ideale » di Haberer, cioè con chiusura completa del cavo addominale costituisce il metodo di scelta, specialmente nei riguardi dell'esito lontano; ma in determinati casi, specialmente se l'intervento non è precoce, deve ricorrersi al drenaggio, che può essere limitato ad un semplice tubo, da togliere dopo 24-48 ore, come consiglia Körte; talvolta anche allo zaffamento.

BIBLIOGRAFIA.

KÖRTE, BIER, BRAUN, KÜMMEL. *Chirurgische Operationslehre.*
HABERER. Wiener Klin. Wochensch., 1919 e 1920.
SPECHT. *Ein Beitrag zur Frage der Gallenblasenneubildung nach Cystectomie.* Zentralbl. f. Chirurg., 1921.
ORTH. *Zur Frage der ideale Cholecystectomie.* Ibid., 1921.
SCHULTZ. *Zur sogenannten idealen Cholecystect.* Ibid., 1921.
PAYR. Ibid., 1921.
HABERER. *Zur Frage der ideale Cholecystec.* Ibid., 1920.
FRANKE. *Zur Frage des Bauchschlussesnach Cholec.* Ibid., 1921.
RITTER. *Zur Frage des drainagelosen Bauchverschl. nach Gallenoper.* Ibid., 1921.
KEHR. *Die Chirurgie der Gallenwegen.*
DONATI. Congresso Chirurgia Ital., 1922 e 1923.
CHIASSERINI. Ibid., 1922.
FICHERA. Ibid., 1922.
CROSTI. Ibid., 1923.
BAGGIO. *Contributo al problema della colecistectomia.* Policl., Sez. chirurg., 1925, n. 9.
OLIANI. Congresso Chirurg. Ital., 1922-1923.
HABERER, RITTER, RÖPKE, PEITMANN, DÜSSELDORF. Zentralbl. f. Chirurg., 1929, n. 24.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MONTEBELLUNA.
Dott. G. MENEGALI, chirurgo prim. e direttore.

Sindrome di Raynaud da settima costa cervicale.

Dott. GIULIO BOMBI, chirurgo aiuto.

Credo utile rendere noto un caso di sindrome di Raynaud da settima costa cervicale, non solo perchè esso dimostra che a tale affezione si deve pensare di fronte a certe sindromi oscure degli arti superiori, ma perchè dimostra che se la anomalia viene precocemente riconosciuta e rimossa in tempo utile, si può ottenere quasi una *restitutio ad integrum* nella funzione dell'arto, ed in ogni caso si possono scongiurare dei danni definitivi che potrebbero essere gravissimi.

D. Brigida, di anni 20, nubile. Gentilizio negativo. Nella prima infanzia ha sofferto di una paralisi infantile da cui residuò una paresi dell'arto inferiore destro. Non ha mai sofferto altre malattie degne di rilievo.

Circa un mese fa la p. ha cominciato ad avvertire dapprima un senso di formicolio, poi dei veri accessi dolorosi in corrispondenza della punta del dito indice destro. L'accesso doloroso aveva netto il carattere angiospastico, accompagnandosi a modificazioni nell'aspetto della punta del dito il quale diventava di colore bianco-cereo per tutta la durata dell'accesso, e poi invece di colore rosso-vivo quando la crisi cessava. Nei periodi intervallari il dito ha conservato per qualche tempo il suo aspetto normale, poi a poco a poco è andato assumendo nel suo tratto distale un colorito violaceo permanente. Da circa quindici giorni gli stessi fatti si sono manifestati anche a carico del quarto dito della stessa mano.

Le cause che provocano l'accesso doloroso sono, o il lavoro muscolare, o, più spesso l'azione del freddo, specialmente l'immersione della mano nell'acqua fredda. Da qualche giorno, benchè l'inferma tenga la mano in assoluto e completo riposo, gli accessi dolorosi sono divenuti molto fre-

quenti, e di così grande violenza da necessitare l'uso della morfina. Le applicazioni calde locali durante l'accesso doloroso non recano alcun sollievo. L'inferma ricorre al nostro ambulatorio durante uno di questi accessi.

All'esame obbiettivo si trova:

Condizioni generali buone, colorito roseo, nutrizione buona.

L'esame degli organi interni toracici e addominali non fa rilevare nessuna alterazione. A carico dell'arto inferiore destro si trova una paresi dei muscoli estensori della gamba sulla coscia e dei flessori della coscia sul bacino. A carico dell'arto superiore destro si nota che il 2° e il 4° dito presentano nella cute della loro falange ungueale un colorito fortemente cianotico; al 2° dito, sulla superficie palmare del polpastrello, la pelle ha anzi un colorito grigio violaceo di aspetto quasi necrotico. Non si rileva nella mano e nel braccio nessuna alterazione obbiettiva nè della motilità, nè della sensibilità tattile, termica e dolorifica; i riflessi tendinei sono normali. Alla palpazione dell'arteria radiale al polso, dell'omerale al braccio, e della ascellare, non si percepiscono pulsazioni: queste invece si rilevano palpando profondamente nella fossa sopra-clavicolare, a livello della arteria succlavia.

La misura della pressione sanguigna al braccio con l'oscillometro di Pachon, dà i seguenti risultati:

a sinistra: Mx = 12, Mn = 7;

a destra: non si ottiene nessuna oscillazione della lancetta, nè a pressioni forti, nè a pressioni minime.

L'esame del collo non fa rilevare nessuna anomalia.

L'esame radiologico mostra l'esistenza di 13 paia di coste, il primo delle quali si articola colla settima vertebra cervicale. Il radiogramma dimostra che si tratta da ambedue i lati di una costa lunga, a tipo esclusivamente diapofisario, e cioè articolata non col corpo della vertebra ma soltanto con la sua apofisi trasversa; da ambedue i lati la costa si avanza verso lo sterno, ma nella sua porzione distale presenta aspetti diversi da un lato e dall'altro; mentre a sinistra essa appare a margini regolari e si assottiglia progressivamente verso la punta, a destra la sua porzione distale è espansa a clava e bernoccoluta, irregolare.

Si fa diagnosi di sindrome di Raynaud unilaterale dovuta alla presenza della settima costa cervicale, e si considera il caso come meritevole di intervento chirurgico urgente che si esegue un giorno dopo la prima visita della malata.

Operazione: 20 aprile 1928; dott. Menegali.

Eterenarcosi regolare. La malata è messa a collo leggermente iperesteso con la testa ruotata verso sinistra. Si pratica una incisione a lembo, un lato del quale segue il margine del trapezio, e l'altro il margine posteriore della clavicola. Si incidono i tegumenti, l'aponevrosi cervicale superficiale e l'aponevrosi cervicale media insieme al muscolo omo-joideo i cui capi vengono repertati per essere in seguito nuovamente suturati. Al disotto si scoprono le arterie trasversa del collo e trasversa della scapola, ambedue notevolmente più grosse del normale e fortemente pulsanti; si isolano un poco e si spostano verso l'alto, ritenendo che sia opportuno rispettarle, perchè principalmente ad esse è affidato il circolo collaterale del braccio. Scoperto così il piano profondo, si hanno sott'occhio in alto i cordoni del plesso brachiale, in basso l'arteria succlavia; al disotto di tali elementi si palpa nettamente la costa sopranumeraria. Essa nella sua porzione distale è grossa e nodosa, ed è appunto in tale porzione che comprime dal basso verso l'alto l'arteria succlavia, la quale ne risulta fortemente angolata; mentre la porzione dell'arteria situata a monte di tale angolatura pulsa normalmente, la parte situata a valle non presenta nessuna pulsazione visibile nè palpabile, e l'arteria a partire dalla costa fino a livello della clavicola, si presenta come un cordone fibroso, sì da far pensare che essa sia almeno in parte obliterata. Si procede ora alla scopertura della costa passando nell'interstizio fra plesso brachiale ed arteria succlavia; nel procedere alla separazione dei due gruppi di elementi è necessario recidere fra due legature l'arteria trasversa del collo, la quale attraversa il campo operatorio mentre si rispetta la trasversa della scapola. I cordoni del plesso vengono caricati da un divaricatore che li sposta verso l'alto, e l'arteria da un altro divaricatore che la sposta medialmente; la costa cervicale è così allo scoperto ed è possibile praticarne la resezione extra-periostea. L'isolamento della costa è facile verso l'alto dove esso viene spinto fino a liberare del tutto i cordoni del plesso, ma è invece notevolmente difficoltoso verso il basso nella parte sottostante all'arteria, dove la costa diventa irregolare, nodosa, e si continua infine in una parte cartilaginea che va a fissarsi alla sottostante prima costa. Subito dopo asportata la costa qualche debole pulsazione compare nella porzione della arteria situata a valle della angolatura ora scomparsa.

Si suturano i due capi del muscolo omo-joideo, e al di sopra di esso, i piani superficiali e la cute.

Il decorso post-operatorio è ottimo: sin dal giorno seguente all'intervento l'inferma non ha più avvertito i dolori lancinanti che prima la tormentavano: rimane solo una lieve dolenzia e dei formicolii che scompaiono progressivamente nei giorni successivi, mentre le dita della mano vanno riprendendo il loro aspetto normale. L'inferma viene dimessa guarita in quindicesima giornata: era ricomparso il polso alla radiale.

I buoni risultati si sono perfettamente mantenuti a distanza di tempo; dopo circa 45 giorni dall'intervento ho rivisto la p. una prima volta; essa non aveva più avuto alcun disturbo, si percepivano nettamente le pulsazioni dell'arteria ascellare, dell'omerale e della radiale; la misurazione della pressione sanguigna al braccio con lo oscillometro di Pachon dava valori che si erano molto avvicinati a quelli ottenuti dall'arto superiore di sinistra (a Sin. Mx 12, Mn 7; a D. Mx 10, Mn 5). Dopo altri due mesi i valori di pressione dati dall'oscillometro erano eguali da ambedue i lati; solo si notava che l'ampiezza delle oscillazioni era minore a destra che a sinistra. Tale reperto si manteneva inalterato in una ultima osservazione praticata sei mesi dopo l'intervento.

L'esistenza di una settima costa cervicale è un vizio di differenziazione regionale delle vertebre certamente molto più comune di quanto di solito non si creda; la letteratura

sull'argomento è oramai notevolmente ricca e le osservazioni anatomiche e radiologiche comunicate in proposito, permettono di stabilire una percentuale abbastanza elevata (Fischel in 524 autopsie trova costole cervicali nella proporzione del nove per mille).

E' altresì accertato che invece solo in pochi casi (5-10 %, secondo Staffieri) tale anomalia si accompagna a fenomeni morbosi, e che nella maggior parte delle osservazioni essa è stata rilevata come reperto accidentale di una autopsia o di un esame radiologico eseguito per altre indicazioni.

Per questo forse l'ipotesi di una costa cervicale viene difficilmente in discussione nelle sindromi nervose, vascolari o trofiche degli arti superiori; è recente una comunicazione di Löessl il quale in presenza di una sindrome di Raynaud intervenne per praticare una simpaticectomia periarteriosa della omerale, e solo in seguito, avendo osservato che l'arteria era priva di pulsazioni e sembrava trombosata, pensò ad una costa cervicale la cui esistenza fu confermata dall'esame radiografico.

Perchè questa anomalia che generalmente non provoca alcuna molestia, possa a volte originare così gravi danni, è questione ancora tutt'altro che chiarita; in alcuni casi debbono forse intervenire delle modificazioni patologiche a carico della costa soprannumeraria, le quali ne accentuano l'azione dannosa sugli organi contigui, e qualche cosa di simile probabilmente è avvenuto appunto nel caso che è argomento della presente pubblicazione. L'esame radiologico di esso dimostra infatti che, pur trattandosi di una costa cervicale bilaterale la quale ha da ambedue i lati i caratteri di costa lunga, a destra e cioè dal lato sede delle lesioni, la costa presenta una porzione distale ingrossata, conformata quasi a clava, che contrasta con il tratto corrispondente regolare, assottigliato, della costa omologa del lato sinistro. Tale ingrossamento nodoso venne constatato anche all'intervento, e si notò che esso aveva sede proprio al di sotto dell'arteria succlavia, la quale ne veniva fortemente compressa ed angolata.

Le numerose classificazioni anatomiche esistenti distinguono le coste cervicali in coste corte, il cui grado minimo è rappresentato dalle ipertrofie trasversarie, ed in coste lunghe il cui grado massimo è rappresentato da quelle che con un ponte osseo si articolano con la prima costa o con lo sterno. Dalla Vedova nella sua pregevole pubblicazione sull'argomento, emise l'ipotesi che solo le coste lunghe, articolate con la prima costa per mezzo di un ponte osseo o fibroso, avessero importanza nella genesi dei fenomeni di compressione; ma osservazioni più recenti (Leri, Staffieri) tenderebbero a dimostrare che anche le coste corte e le semplici ipertrofie trasversarie possono essere responsabili di sindromi morbose a carico dei nervi che entrano in rapporto con esse. Leri anzi, basandosi sui diversi rapporti anatomici dei due tipi di coste cervicali, attribuisce alle coste corte le sindromi che hanno sede nel dominio del plesso brachiale inferiore (7ª e 8ª radice cervicale e 1ª dorsale), e alle coste lunghe quelle che hanno sede nel territorio del plesso brachiale superiore (5ª, 6ª, 7ª radice cervicale), o della totalità del plesso.

Perchè invece si possano avere fenomeni morbosi di natura vascolare, è certamente necessario che si tratti di una costa lunga, articolata o non con la prima dorsale, ma in ogni caso tanto lunga da sovrastare questa nel punto di emergenza della succlavia: questo stato di cose esisteva appunto nel caso da me illustrato.

I fatti morbosi presentati dai portatori di costa cervicale vanno generalmente attribuiti ad una compressione che la costa stessa esercita sugli organi che le sono contigui; questo certamente non in modo assoluto, perchè anche in questi individui si possono sviluppare sindromi patologiche, specialmente di indole nervosa, che hanno punto di partenza in malattie del midollo spinale e dei nervi periferici, e indipendenti dalla costa cervicale. Però, quando il rapporto da causa ad effetto si sia potuto stabilire con sufficiente verosimiglianza, l'indicazione all'intervento deve considerarsi nettamente posta, giacchè nella grande maggioranza dei casi, la resezione della costa arreca a questi infermi vantaggi cospicui e anche la completa guarigione.

Le sindromi patologiche descritte in portatori di costa cervicale e ad essa attribuite, possono così classificarsi:

A) SINDROMI NERVOSE:

1) a carico della sensibilità: formicolii e parestesie, manifestazioni dolorose a tipo nevralgico o radicolalgico, alterazioni della sensibilità obbiettiva;

2) a carico della motilità: paresi, atrofie muscolari sopratutto a carico dei muscoli della mano, specialmente tenarici, con diminuzione quantitativa della eccitabilità elettrica, ed anche R. D. parziale;

3) a carico dei riflessi;

4) a carico del trofismo: sono state descritte da Leri delle alterazioni cutanee a di-

stribuzione radicolare, che l'A. fa dipendere dai rapporti che la costa sopranumeraria contrae col simpatico cervicale.

B) SINDROMI VASCOLARI:

1) disturbi della canalizzazione arteriosa: si iniziano in genere in forma di accessi angiospastici temporanei provocati dal freddo (sindrome di Raynaud), poi a poco a poco si stabiliscono delle alterazioni permanenti nella nutrizione delle parti più distali dell'arto colpito (cianosi, vescicole, necrosi cutanee, gangrena di qualche falange); il polso radiale di viene sempre meno apprezzabile fino a scomparire del tutto;

2) disturbi della canalizzazione venosa: sono molto più rari; consistono in una stasi cospicua dell'arto che aggrava i disturbi circolatori da compressione arteriosa;

3) formazione di aneurisma in corrispondenza del punto compresso: ne sono stati descritti vari casi.

Naturalmente si possono osservare le associazioni più svariate dei sintomi sopra elencati.

Per quanto riguarda i diturbi della canalizzazione arteriosa che più particolarmente ci interessano, molto si è discusso se essi debbano essere attribuiti ad una compressione diretta della costa sulla arteria, o se invece non debbano essere interpretati come dovuti ad una irritazione da parte della costa dei rami del simpatico cervicale che regolano il tono dell'arteria interessata.

Questa ipotesi, già emessa da Gordon, trova appoggio nella analogia tra i sintomi vascolari che possono essere determinati dalla settima costa cervicale, e la malattia di Raynaud, la gangrena simmetrica angiospastica, la cui patogenesi, tuttora molto dubbia, si fa consistere dai più in disordini della secrezione interna che agiscano sul sistema nervoso autonomo e simpatico, e in genere sulle vie ed i centri vasomotori.

E' inoltre cosa nota che la settima costa cervicale può entrare in rapporto coi rami del simpatico e sono stati descritti casi di sindrome oculo-pupillare di Bernard-Horner, in portatori di settima costa cervicale, i quali sono stati messi in rapporto con alterazioni delle fibre oculo-simpatiche che partendo dalla 7ª e 8ª radice cervicale inferiore vanno al ganglio cervicale e al ganglio toracico. Leri ricorda che le fibre, le quali partendo dal 7° segmento cervicale vanno al ganglio cervicale inferiore passano tutte contro l'apofisi trasversa della settima vertebra cervicale, fra l'arteria vertebrale e questa apofisi.

Non ostante queste premesse la maggioranza degli Autori, a cominciare dal Dalla Vedova, è d'opinione che il danno circolatorio si debba attribuire ad una compressione diretta esercitata dalla costa sulla arteria dal basso verso l'alto. Intanto sono note osservazioni di casi in cui la compressione della costa aveva determinato così gravi alterazioni nella parete dell'arteria, da giungere alla formazione di un vero aneurisma; inoltre chi abbia avuto sott'occhio, anche una volta sola, il quadro anatomico di casi consimili, quale si riscontra all'intervento operativo, non può avere dubbio che esista una compressione d'alto grado dell'arteria da parte della costa. Nel caso da me illustrato l'arteria, all'atto operativo, appare angolata fortemente sulla barra formata dalla costa; mentre la porzione dell'arteria situata a monte della angolatura non presenta nessun carattere anormale e mostra delle pulsazioni regolarissime, la porzione di essa situata a valle, fino a livello della clavicola, è affatto priva di pulsazioni e appare come un cordone fibroso, sì da far pensare che sia trombosata; le arterie emergenti dalla succlavia a monte della costa e visibili nel campo operatorio, e cioè la trasversa del collo e la trasversa della scapola, sono grosse notevolmente più del normale e animate da pulsazioni ampie e valide, dimostrando così che ad esse sopratutto è affidato il circolo collaterale attraverso le anastomosi con la sotto-scapolare e l'acromio-toracica. Infine, immediatamente dopo compiuta la resezione del tratto di costa sottostante all'arteria, prima ancora di completare la resezione indietro per liberare i cordoni del plesso, nell'arteria, la cui angolatura è scomparsa, compaiono subito delle deboli pulsazioni. Questi rilievi e considerazioni mi sembra dimostrino a sufficienza che i disturbi della canalizzazione arteriosa vanno attribuiti a compressione del vaso; tali disturbi che dapprima sono temporanei ed accessionali, diventano in seguito definitivi, e culminano nello stabilirsi di una trombosi che si insedia, progressivamente dalla periferia verso il centro, e che si accompagna a danni di alta gravità non più redimibili.

RIASSUNTO.

Ho riferito questo caso per richiamare l'attenzione:

1°) Sulla necessità di accertare subito, di fronte ad una sindrome di Raynaud unilaterale, se esista una settima costa cervicale.

2°) Sulla necessità di operare d'urgenza in caso positivo, perchè solo un intervento pre-

coce può, come nel caso esposto, dare la *restitutio ad integrum* dell'arto; e questo non solo nel senso di ridare ad esso una capacità funzionale che era notevolmente compromessa, ma anche nel senso di ristabilire nel sistema arterioso dell'arto stesso una pressione sanguigna eguale a quella dell'arto omologo del lato sano.

BIBLIOGRAFIA.

1. DALLA VEDOVA. *Le costole cervicali nella patologia*. Arch. e Atti della Soc. Italiana di Chirurgia, 1908.
2. LERI. *Les affections de la colonne vertébrale*. Masson, 1926.
3. LOESSL. *Sindrome di Raynaud provocata da una costa cervicale*. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie, 5 luglio 1926.
4. STAFFIERI. *Costole cervicali*. Policlinico, Sezione pratica, 6 giugno 1927.
5. MELINA. *Costola cervicale con sindrome di Bernard-Horner*. Policlinico, Sezione chirurgica, 15 aprile 1929.

TECNICA.

Per la tecnica delle iniezioni endovenose.

Nota del dott. G. MASSIMI.

Non è mia intenzione ripetere qui quanto si è già scritto sulle iniezioni endovenose, ma solo rendere noto un nuovo dettaglio di tecnica che giova molto per evitare l'insuccesso in questa delicata manualità.

Come è noto nelle iniezioni endovenose l'errore più comune è quello di attraversare con l'ago la parete posteriore della vena arrivando nei tessuti retrostanti. Allora iniettando il liquido, questo invece di entrare in circolo, si spande fra i tessuti.

Per evitare questo errore di tecnica si consiglia:

1) di pungere la vena con l'ago leggermente inclinato. Penetrati con l'ago nella vena abbassarlo ancora, prima di introdurlo ulteriormente, tanto da portare il cono quasi a contatto della pelle del braccio, sì che l'ago decorra per quanto è possibile parallelo alla vena;

2) di adoperare siringhe con punto di attacco non centrale, ma situato verso la periferia;

3) di adoperare aghi a punto corta. Gli aghi con apertura a becco di flauto molto estesa facilmente si impigliano con la punta nella parete posteriore della vena, che verrà perforata subito o negli inevitabili urti durante l'iniezione;

4) di introdurre l'ago con l'apertura volta al di sotto, in modo che avanzando nella vena la punta si trovi più vicina alla parete anteriore.

Tutte queste regole non sono sempre sufficienti per la riuscita di una iniezione endovenosa. Per non trapassare la vena da parte a parte, la regola più pratica è di dare all'ago una piccola curvatura in modo che esso abbia una leggera concavità superiore, sì che la punta così rialzata non possa assolutamente impigliarsi nella parete posteriore.

Riesce facile di dare con le dita questa piccola curvatura all'ago, in modo che resti poi leggermente concavo nella parte superiore. E chiamo parte superiore dell'ago quella che termina nella parte più lunga della punta ed inferiore quella che termina nella parte più corta. È necessario che la curva sia data nel modo detto, perchè il medico nel pungere la vena deve tenere l'ago in modo che abbia la concavità in alto e l'apertura della punta volta verso il basso. La curvatura dell'ago deve essere lievissima, e tanto da formare col prolungamento della parte retta basale dell'ago un angolo di 6-8 gradi o poco più.

Questa leggera curvatura che si darà all'ago serve anche a correggere preesistenti difetti dell'ago stesso. Non tutti gli aghi sono dritti e basta una leggera inclinazione in senso contrario a quella descritta, inclinazione che può passare anche inosservata, perchè l'iniezione fallisca anche ad una mano abile; quindi l'opportunità di garantirsi dando all'ago una leggera curva perchè avanzando nella vena, la punta resti sempre diretta un poco anteriormente.

Roma, settembre 1929 - VII.

COMMENTI.

A proposito della legatura dell'arteria splenica nell'ittero emolitico.

Nel n. 3 del *Policlinico*, Sezione Chirurgica di quest'anno, è comparso un poderoso lavoro del dott. Valdoni, della Clinica Chirurgica di Roma, *sulla cura dell'ittero emolitico mediante la legatura dell'arteria splenica;* successivamente nel n. 31 della Sezione Pratica dello stesso periodico, l'illustre prof. Alessandri riferisce i risultati favorevolissimi ottenuti in 2 casi di ittero emolitico colla legatura dell'arteria splenica.

A chi, come me, ha speso gran parte della sua attività scientifica nello studio delle funzioni della milza ed ha visto confermato dal Richet (1911) quanto aveva dimostrato in svariati lavori sulla *Riforma Medica* ed altri periodici dal 1901 al 1906, e cioè che *gli animali smilzati hanno bisogno di una alimentazione molto più abbondante per mantenersi in equilibrio nutritivo e specie di una più abbondante introduzione di sostanze albuminoidi;* e più recentemente dal Viale, quanto aveva trovato circa la crasi sanguigna negli animali smilzati (T. Silvestri: Milza ed Eritropoiesi, in *Pathologica*, 1913) e cioè oltre *l'instabilità, dei caratteri che ricordano la clorosi;* sia permesso di rammentare che nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* del 1912, n. 126, pubblicò una nota sulla *terapia chirurgica* delle splenomegalie primitive, e di esprimere tutta la sua soddisfazione per vedere adottata con successo e raccomandata dalla Scuola Chirurgica di Roma nell'ittero emolitico *la semplice legatura dell'arteria splenica* invece della *splenectomia;* metodo ch'egli propugnò non solo in questa forma, ma incondizionatamente in tutte le splenomegalie cosidette primitive (in base a criteri clinici ed a risultati sperimentali, che hanno trovato piena conferma), « come quello che alla facilità e semplicità accoppia l'innocuità e la sicurezza degli effetti ».

Prof. dott. T. Silvestri
già aiuto nell'Istituto di Patologia Medica.

Modena, 8 agosto 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Concetto e importanza del sistema reticolo-endoteliale.

(R. Jaffè. *Deut. Med. Woch.*, n. 6, 1929).

Da quando Aschoff richiamò l'attenzione su una categoria di cellule che, pur non essendo identiche, presentavano alcune analogie principalmente in rapporto ai fenomeni di fagocitosi e di deposito, numerose ricerche sono state fatte dagli AA. sulla distribuzione di queste cellule nell'organismo, ricerche che inoltre hanno messo in evidenza come l'insieme delle cellule costituisca un vero e proprio sistema.

Il S. R. E. (secondo Aschoff) risulta costituito da istiociti (migranti e del sangue) e istioblasti (elementi reticolo-endoteliali in senso stretto istiociti locali) da cui le cellule del reticolo-endoteliale del fegato, della milza, del tessuto infatico, del timo, dei capillari delle capsule surrenali, dell'ipofisi, del midollo osseo.

Non è possibile quindi stabilire un'unità morfologica tra tutte queste cellule, mentre resta come proprietà comune uno stesso comportamento fisiologico.

La classificazione ha quindi una base funzionale che ha per fondamento la proprietà di presentare depositate nella cellula allo stato granulare le sostanze coloranti acide introdotte vitalmente, funzione quindi di deposito. Le sostanze coloranti debbono essere acide, perchè quelle basiche colorano granuli preesistenti come hanno fatto notare Schulemann, Möllendorf ed altri.

È dimostrato che le varie sostanze coloranti vengono depositate in diverse specie di cellule, le cellule di un tipo posseggono speciali affinità per cui si distinguono dalle altre.

Il S. R. E. ha grande importanza nei fenomeni di emopoiesi, poichè dagli endoteli dei capillari vengono forniti i monociti; non è dimostrato invece l'importanza che in questo fenomeno hanno gli endoteli o le cellule reticolari.

Nel blocco accentuato del sistema la coagulazione è ritardata, nel blocco parziale è invece accelerata.

Notevole influenza sembra abbia il S. R. E. nel metabolismo dei grassi e dei lipoidi, mentre non è stato stabilito ancora con chiarezza il comportamento del R. E. nelle infezioni.

Anche per quanto riguarda i rapporti con l'immunità, i risultati sono in contraddizione. Sembra dimostrato che nell'animale bloccato lo shoc anafilattico non si verifichi e così pure non si verifichi il fenomeno di Arthus (anafilassi locale).

Ciò che invece sembra provato è che nell'animale bloccato è abolita o attenuata note-

volmente l'azione di varie sostanze chemioterapiche. Ciò si spiegherebbe o perchè le sostanze abbandonano l'organismo più rapidamente o perchè vengono abbassate le azioni difensive o perchè si formano combinazioni che inattivano.

Da alcuni autori è stata attribuita alle cellule del S. R. E. la provenienza di alcuni tumori: gli emoangioendoteliomi, che si sviluppano nel fegato o in altri organi.

Numerose esperienze sono state compiute per spiegare perchè non tutte le cellule del S. R. E. vengono bloccate: è stato veduto che il deposito del colore vitale si verifica principalmente nei focolai infiammatori e che i fattori che favoriscono la deposizione del colore vitale sono inerenti al colore stesso e allo stato funzionale della cellula. Naturalmente la condizione preliminare più importante è quella che la sostanza colorante venga in contatto con la cellula.

Ammessa l'importanza delle cause fisiche o fisico-chimiche per la deposizione delle sostanze coloranti vitali, era logico sperimentare se cellule che non presentano la deposizione in condizioni normali, sottomesse all'azione dei fattori fisici e fisico-chimici acquistassero la proprietà di depositare e le esperienze di Grossmann hanno concluso in senso affermativo.

Circa la questione dei rapporti tra i disturbi funzionali di tutto l'organismo ed il blocco del S. R. E., occorre essere cauti nell'ammetterne la relazione, perchè il bloccaggio dei capillari (endoteli) esclude in certo modo le cellule di alcuni organi, per cui non si tratta di alterazioni funzionali del S. R. E. ma di disturbi funzionali di organi.

Il S. R. E. manca quindi del concetto di unità, ragione per cui più che la denominazione di sistema, sarebbe più adatta quella di mesenchima attivo, suggerita da Sigemunds.

A. P.

La milza nelle sue relazioni con la funzione respiratoria.

(LÉON BINET. *Archives médico chirurg. respirat.*, 1927, n. 3).

Nella respirazione dell'organismo la respirazione dei tessuti è il fenomeno principale; la respirazione polmonare la reazione secondaria: la costituzione del mezzo intermediario, del sangue, attraverso cui avviene il trasporto dei CO^2 e dell'O^2 varia con i bisogni dell'organismo e gli elementi vettori, i globuli rossi, vanno incontro a variazioni numeriche determinate da questi bisogni. Allorchè le combustioni dei tessuti si accentuano il tasso delle emazie si accresce per mobilitazione delle emazie spleniche (Barcroft ed altri) allorchè la respirazione è disturbata, per reazione splenica si ha anche poliglobulia.

Ed infatti l'asfissia acuta sperimentalmente prodotta nel cane si associa a poliglobulia netta nel sangue arterioso, nel sangue capillare, nel sangue del cuore. Lo studio della massa globulare per 100 cioè il volume occupato dai globuli in 100 cc. di sangue effettuato comparando la conduttività elettrica del sangue totale e del siero ha confermato questa elevazione del tasso degli elementi figurati del sangue: la massa globulare passa da 36-38 a 44-54.

La poliglobulia è costante, considerevole e progressiva nell'asfissia tracheale ed è generale, periferica e centrale. La respirazione artificiale la fa scomparire lentamente: cessata la respirazione artificiale si può riprodurre. Questa poliglobulia non si osserva se si asfissia un cane splenectomizzato, ovvero un cane in cui si comprima il peduncolo splenico.

Anche nell'anoxemia acuta realizzata con la depressione barometrica si ha una intensa poliglobulia mentre la cavia splenectomizzata qualche minuto prima non mostra modificazioni del tasso globulare; anche qui la poliglobulia può essere considerevole ed appoggiano l'ipotesi di P. Bert e Viault sull'iperglobulia compensatoria delle grandi altezze nel determinismo della quale la milza deve avere importanza enorme per la mobilitazione delle emazie accumulate nelle sue maglie. La contrazione splenica caccia in circolo un sangue ricco di emazie nell'asfissia.

Si può pensare che durante la respirazione normale esiste in circolo un tasso di globuli rossi da considerare globulia basale: sotto l'influenza di un disturbo respiratorio vi si aggiunge una globulia da mobilizzazione dell'emazie, rapida, intensa reazione dell'organismo.

MONTELEONE.

ORGANI RESPIRATORI.

Il problema cardiovascolare nella polmonite.

(RANDOLPH. *Arch. Internal Med.*, 2 febb. 1929).

La morte per polmonite in seguito ad iposistolia è un concetto accettato da tutti; essa trova riscontro nella dilatazione del cuore D., e nella intensa miocardite tossica riscontrata all'autopsia.

La dilatazione cardiaca nella polmonite è riportata a due fattori: 1) attività funzionale diminuita per intossicazione del miocardio; 2) aumentata stasi cardiaca dipendente dall'ostruzione della circolazione polmonare, per la presenza di essudato infiammatorio nel tessuto polmonare.

Partendo dal concetto che la stanchezza cardiaca è la ragione fondamentale della morte nella polmonite, la cura abituale consiste nella somministrazione della digitale.

Conviene somministrare sempre la digitale in casi di polmonite?

L'A. si propone di ricercare se la differente

etiologia della polmonite può giustificare l'uso della digitale, la quale talora può essere inefficace, se non dannosa.

Da ricerche fatte su numerosi espettorati di polmonitici, oltre allo pneumococco, molto frequentemente è stato isolato lo streptococco viridans o emolitico, o entrambi questi batteri. Tali germi sono stati trovati anche in forme improvvise di polmoniti, a tipica distribuzione lobare.

Dall'osservazione di numerosi casi, l'A. trae il convincimento che la circolazione sanguigna nella polmonite da pneumococco non è sostanzialmente differente da quella da streptococco; la differenza tra le due forme — streptococcica e pneumococcica — consiste nella durata e nella risoluzione. Infatti la prima non risolve in sette giorni nè per crisi, ma ha durata variabile, e risolve per lisi.

L'osservazione dei casi mostra inoltre che la polmonite agisce con la sua azione tossica dapprima sui vasi periferici, attraverso il sistema vasomotore, ed in un secondo tempo, o in fase terminale sul miocardio, con una miocardite. Infatti la polmonite produce un effetto deprimente sulla pressione del sangue; l'ipotensione è in rapporto all'aumento della gravità e alla prognosi.

Nei casi gravi si ha il seguente decorso: nei primi giorni la pressione è costante, il polso è buono; improvvisamente in seguito il polso si accelera, diventa debole ed irregolare, e perde il tono: si ha una netta caduta della pressione diastolica e sistolica, con impulso cardiaco diffuso. In questo momento le cure cardiocinetiche restano senza effetto.

All'autopsia si trova dilatazione cardiaca, ma nessuna alterazione istologica del miocardio dovuta a fatti tossici.

Durante il decorso della polmonite, sono stati osservati i seguenti fatti: 1) esiste una fame di ossigeno da parte dei tessuti, per una diminuita trasformazione del CO_2 in ossiemoglobina, forse per l'alterata composizione del sangue a causa della polmonite; 2) l'aumento del quoziente respiratorio e l'aumentata funzione richiesta al cuore per ossigenare il sangue provoca un accelerato ed esagerato lavoro del cuore; 3) la bassa pressione stimola il cuore a compiere uno sforzo inadeguato al tono periferico; 4) la cavità D. del cuore trova un ostacolo alla circolazione polmonare per la presenza dell'essudato polmonare; 5) infine, e non di scarsa importanza, il miocardio è insufficientemente ossigenato per essere nutrito.

Il concetto terapeutico non deve consistere nello sforzare il cuore, ma di diminuirne lo sforzo funzionale, altrimenti lo stimolo dell'attività contrattile del muscolo ventricolare esaurisce rapidamente la riserva dell'attività cardiaca. Quindi la terapia digitalica nella polmonite è indicata all'inizio della debolezza cardiaca, e può essere applicata in quelle forme di pneumonite da pneumococco di rapida risoluzione; nelle polmoniti da streptococco invece bisogna curare di: 1) diminuire la tossiemia, stimolando la capacità del sangue a ossigenarsi; 2) aumentare la trasformazione del CO_2 in ossiemoglobina; 3) sostenere la pressione del sangue, alleviando il cuore per quanto è possibile dall'aumentato lavoro, col diminuire la resistenza periferica.

L'A. ha notato che l'inizio dei disturbi nella polmonite si hanno quando è diminuita la trasformazione e la produzione dell'ossiemoglobina. Non si conosce la causa di ciò, se sia da attribuirsi ad un'alterazione delle emazie o del siero o ad entrambi. La teoria della concentrazione acida da alcuni ammessa, se vera, imporrebbe una sollecita terapia alcalina. Ma vi sono dei fattori che non possono essere spiegati con la teoria d'un'alterazione quantitativa della concentrazione degli joni H o con la riserva alcalina. Tuttavia un largo uso del citrato ed acetato di sodio e potassio nelle polmoniti streptococciche dà l'impressione all'A. che tale cura modifichi l'intensità del processo, e ne limiti la diffusione e le complicazioni. Allo stato attuale occorrono ancora ricerche biofisiche e biochimiche per determinare i fattori essenziali che impediscono al sangue di ossigenarsi normalmente nella polmonite.

Considerando le altre terapie nella polmonite, è da ricordare che il salasso rende notevoli vantaggi: esso agisce, quando si estraggono da 300 a 600 cmc. di sangue, più come uno sgravio meccanico della metà D. del cuore, che come disintossicante. Il salasso è inefficace allorchè la pressione è bassa.

Le inalazioni di ossigeno sembrano agire nei stati tossiemici in modo favorevole.

Col concetto che nella polmonite prima ne soffre la circolazione periferica, secondariamente la miocardica, l'A. ha somministrato estratto pituitario, con buoni risultati.

Non ha usato l'adrenalina per la sua azione transitoria e centrale.

La caffeina nei polmonitici non è consigliabile, perchè inefficace a stimolare la circolazione nella polmonite, mentre talora produce irrequietezza, insonnia, accenni al delirio.

Uguali criteri devono aversi per l'uso della stricnina.

L'olio canforato per via ipodermica dà un breve periodo di stimolo, che avvia verso il periodo critico; l'effetto però non è nè pronto nè definitivo.

Lo stimolo dell'ammoniaca è troppo debole e transitorio per essere di qualche valore.

L'azione degli ipnotici in questa malattia in cui il riposo e il sonno sono di indiscutibile valore, impone l'uso dei derivati di oppio, i quali danno un conforto ed una serenità al paziente.

L'alimentazione agisce beneficamente.

In conclusione si può asserire che nelle polmoniti da streptococco bisogna tentare di combattere il collasso della circolazione periferica,

principale fattore terapeutico. Le esperienze dell'A. sono sufficienti a mettere in evidenza il valore delle iniezioni di estratto pituitario; questa terapia non ha però nessuna azione sulla tossiemia. CARUSI.

Osservazioni sulla patologia della polmonite influenzale.

(LYON e ALEXANDER. *Edimburgh Medical Journal*, maggio 1929).

Gli autori hanno studiato 100 casi di polmonite influenzale mortale osservati fra l'ottobre e il dicembre 1918 in un ospedale militare in Francia. I soggetti esaminati erano in prevalenza soldati inglesi appartenenti a tutte le armi. C'erano pochi americani e pochi tedeschi. In maggioranza erano stati tutti bene prima dell'influenza; alcuni erano di statura inferiore alla media. In pochissimi casi c'erano malattie preesistenti (4 malattie valvolari del cuore, 3 cirrosi del fegato, 1 nefrite). Non c'era nessun caso di tubercolosi polmonare. In almeno 7 casi l'esame microscopico ha rivelato l'esistenza di antecedenti alterazioni bronchiali o polmonari.

In 10 casi non si potè stabilire l'epoca d'inizio della sintomatologia. Negli altri 90 casi la durata della malattia fu nel 55 % di 10 giorni o meno.

Lo stato di nutrizione era buono. C'era un livore diffuso a tutto il corpo; in 10 casi c'era ittero. Non furono mai notate emorragie cutanee.

Polmoni e pleure. Aspetto macroscopico. In 9 casi le *cavità pleuriche* erano obliterate per adesioni vecchie o recenti. In 42 casi tutt'e due le pleure erano secche; però spesso fu osservato sulla superficie polmonare un deposito fibrinoso. Negli altri 49 casi c'era del liquido in quantità varia. In 2 casi il liquido era purulento e raccolto in piccole sacche e in 5 torbido; negli altri casi era giallo e chiaro. Spesso il liquido fu trovato coagulato. Frequentissime le emorragie della superficie polmonare, a volte in forma di petecchie ma più spesso sotto forma di stravaso sanguigno sottopleurico.

I *polmoni* erano colpiti tutt'e due in tutti i casi. Notevole è stata la variabilità dell'aspetto non solo fra un caso e l'altro ma anche fra le diverse parti di uno stesso polmone. Gli AA. hanno diviso i casi esaminati in 5 gruppi:

a) con prevalente edema: 39 casi;

b) con prevalente emorragia: 16 casi;

c) con broncopolmonite tipica: 32 casi;

d) con consolidazione lobulare confluente: 9 casi;

e) con tipica polmonite lobare: 4 casi.

Frequente era la *bronchite*, che in 28 casi era nettamente purulenta, in 5 era ulcerativa e in 23 era accompagnata da bronchiettasie. In alcuni casi la bronchite capillare purulenta era diventata un ascesso bronchiale.

Le *ghiandole bronchiali* erano grandi, ma solo in 33 casi erano molto ingrandite.

Aspetto microscopico: manca l'uniformità nel quadro patologico, l'intensità del processo infiammatorio era notevole, l'edema pure.

Le emorragie in alcuni casi somigliavano all'infarto polmonare. Nelle cellule fagocitiche degli alveoli si vedeva dell'emosiderina. Si è sempre trovata una bronchite anche nei casi di polmonite lobare.

Il pericardio conteneva un eccesso di liquido nella metà dei casi; in 4 casi c'era pericardite con liquido torbido.

Il cuore era per lo più ingrandito, in 82 casi per dilatazione e in 21 casi per ipertrofia (in 4 casi c'era un vizio valvolare). L'aorta ha presentato spesso degenerazione grassa recente.

Il fegato presentava degenerazione grassa in 44 casi, mentre la stessa alterazione si aveva nei reni in 12 casi. I reni per lo più presentavano rigonfiamento torbido. In un caso ci fu cirrosi epatica e in uno rene grinzo.

La milza si presentava ingrandita in 1/3 dei casi.

Si ebbero 20 casi con emorragie nei muscoli retti dell'addome, i quali presentavano degenerazione di Zenker.

Ricerche batteriologiche furono fatte prelevando il materiale dai polmoni, dai bronchi e dal sangue del cuore, in alcuni casi anche del liquido pleurico. Si fecero culture su agar-sangue e strisci. Le culture ottenute erano varie, ma prevaleva il b. di Pfeiffer, che apparve spesso in cultura pura, fu assente solo in due casi e si coltivò più facilmente prelevando materiale dal polmone e dal secreto bronchiale che dal sangue del cuore.

R. LUSENA.

Patogenesi delle complicazioni polmonari negli interventi dell'addome superiore.

(RAZEMON. *Soc. de Biol.*, n. 11, 1929).

In un lavoro precedente si è occupato della patogenesi delle affezioni polmonari consecutive ad operazioni nella metà superiore dell'addome dimostrando ch'esse sono dovute a trasmissione al polmone per via linfatica di germi provenienti dal focolaio operatorio. Certamente fattori secondari devono favorire la localizzazione polmonare dei germi come la riduzione dell'ampiezza di respirazione dovuta al dolore.

Per verificare questa ipotesi ha fatto degli esperimenti infettando dei conigli per mezzo di iniezioni endovenose o endoperitoneali di germi (b. coli, enterococco) e provocando una insufficienza respiratoria di un polmone mediante la frenicotomia di un lato. Questa determina una netta diminuzione nell'ampiezza dei movimenti diaframmatici del lato corrispondente, come si può vedere con la radioscopia e anatomicamente una diminuzione del

volume polmonare in confronto a quello sano senza alterazioni strutturali.

In una serie di conigli frenicectomizzati e poi infettati ha trovato, dopo un tempo vario da 1 a 3 mesi, lesioni polmonari evidenti in forma di ascessi, cicatrici, aderenze nel polmone corrispondente al lato della frenectomia; in un'altra di conigli semplicemente infettati con gli stessi germi e le stesse modalità non ha riscontrato alcuna alterazione polmonare, ed infine in un'altra con la semplice frenicectomia nessuna formazione di aderenze ma solo una diminuzione nel volume e nel peso del polmone del lato operato.

Da tali esperienze conclude che le culture microbiche non provocano lesioni polmonari quando sono iniettate in conigli non operati mentre esse determinano lesioni polmonari in conigli frenicectomizzati. Così che si può dire che l'immobilizzazione del polmone favorisce la localizzazione microbica che nel caso delle operazioni nell'addome alto provengono dal focolaio operatorio.

R. BRANCATI.

TUMORI.

Sulla istologia e istogenesi dell'adamantinoma.

(PAPADIMITRION. *Bruns Beit. Z. Klin. Chir.*, Bd. 144, H. 4, p. 556).

L'adamantinoma si può presentare morfologicamente sotto due forme: *ad. solidum* e *ad. policisticum*. La più frequente è la forma policistica. Il luogo di prediiezione è la mandibola, più raro il mascellare superiore, il palato, l'antro d'Higmoro. Non si ha differenza pel sesso nè per le età. Clinicamente ha accrescimento lento senza sintomi iniziali, in forma benigna, mentre può facilmente recidivare se non è asportato completamente. Sono descritte recidive fino ad uno spazio di 45 anni. Istologicamente l'adamantinoma è un epitelioma centrale del mascellare con epitelio del tipo dell'organo dello smalto embrionale su uno stroma connettivale.

Il germe dentario è costituito ordinariamente da due parti, la ectodermica e la mesodermica, che danno luogo alla formazione degli ameloblasti e degli odontoblasti. Dagli odontoblasti si forma la dentina, dagli ameloblasti lo smalto.

La parte epiteliale dell'adamantinoma si forma dalle cellule cilindriche ameloblastiche e dalle cellule stellate della polpa. Altre differenziazioni provengono dal tessuto circostante all'epitelio e sono denominate da Prym tessuto osteoide, da Chibret tessuto cemento odontale.

Per lo sviluppo degli adamantinomi si devono distinguere tre stadi di sviluppo del dente: stadio embrioplastico con solo tessuto embrionale senza sostanze dentarie che corrisponde al 3° mese fetale; stadio odontoplastico in cui si formano dentina e smalto; stadio coronario in cui si completa il dente. Lo sviluppo dell'adamantinoma coincide per lo più con lo stadio embrioplastico e odontoplastico.

Per l'istogenesi si hanno finora 3 teorie: Neumann (1868) e Magitot (1872) ammettevano una degenerazione di un sacculo dentario; Malassez li derivava da un residuo di epiteli paradentari che possono rimanere nelle vicinanze della radice; Bakay, Kuru e Krompecher da epiteli postembrionali della mucosa boccale.

Nella clinica chirurgica dell'Università di Münster sono stati operati negli ultimi anni due adamantinomi, un altro appartiene al prof. Coenen.

Nel primo caso il tumore che venne asportato mediante resezione della mandibola era formato istologicamente da tessuto epiteliale cilindrico perifericamente ed epitelio stellato centralmente con formazioni cistiche, e da un tessuto connettivale con cellule fusate ricche di mitosi con carattere di un sarcoma e accompagnate perifericamente da scarso tessuto osteoide.

L'A. lo definisce un adamantinoma sarcomatodes ed è simile al caso di Krompecher che lo descrisse sotto il nome di adamantinoma solidum malignum.

Il tumore si deve riportare ad un residuo della vita fetale su cui abbiano influito processi infiammatori infettivi e stimoli traumatici che secondo Witzel avrebbero una importanza nella proliferazione dei resti epiteliali. Nel caso si sia verificata una parulide ed una carie.

Nel secondo caso si trattava di un adamantinoma policistico con formazione di numerose cisti in mezzo ad uno stroma con scarse cellule fusate e ricco di fibrille. Le cisti erano tappezzate da epitelio cilindrico alto e contenevano del liquido. Il tessuto connettivo era disposto concentricamente agli zaffi epiteliali. Riguardo alla formazione delle cisti ricorda le due possibilità ammesse da Krompecher e cioè quella dell'aumento dei liquidi intracellulari dovuti alla secrezione delle cellule dello smalto e della polpa per cui queste sono dette cisti della polpa e dello smalto; e l'altra della distruzione di cellule nell'interno degli zaffi epiteliali con raccolta di sostanze lipoidi per cui queste sono dette cisti lipoidi o a cellule pseudoxantomiche. La prima modalità sembra più accettabile all'A. nella interpretazione del suo caso.

Nel terzo caso si trattava di un adamantinoma solido, in parte a forma papillare in parte con zaffi epiteliali cistici.

Circa alla possibilità istogenetica mediante le tre teorie: della derivazione da germi dello smalto, da resti epiteliali, da proliferazione dell'epitelio buccale ricorda il caso di Fischer di un adamantinoma della tibia primitivo per

cui si deve pensare che non solo l'epitelio ectodermico della bocca ma tutte le cellule ectodermiche del corpo possono formare germi epiteliali dello smalto. Fischer trova infatti nei carcinomi adenoidi della pelle strutture che hanno identità con quelle dell'adamantinoma.

L'adamantinoma secondo Tendeloo sarebbe un tumore misto che proviene da due specie di tessuto, l'epiteliale e il connettivale simile all'epitelioma adenoide cistico, al cilindroma e al tumore a cellule basali della pelle.

R. BRANCATI.

Considerazioni su 310 casi di operazione di Wertheim per cancro uterino.

(ALBERTIN. *Lyon Chir.*, n. 6, 1928).

Dei casi dell'A. 60 erano del corpo e 250 del collo. Le indicazioni e i limiti dell'operabilità si fondano sullo stato generale e locale. Per lo *stato generale* hanno importanza la febbre, i disturbi urinari, l'anemia cancerosa, quali fattori capaci di aggravare la prognosi. La febbre, espressione di riassorbimento di prodotti settici o necrotici frequenti sul collo, va combattuta coi comuni antisettici e con la diatermocoagulazione delle vegetazioni neoplastiche. I disturbi urinari e l'anemia cancerosa richiedono opportuni esami in base ai quali potrà essere indicato un trattamento preventivo medico o curieterapico. Per lo *stato locale* è importante lo stato di mobilità del collo e del corpo. Si ritiene dai più che la fissità del collo sia segno di infiltrazione dei parametri e costituisca perciò una controindicazione all'operazione. L'A. interviene anche in questi casi purchè l'utero si possa mobilizzare in blocco.

La *morte postoperatoria* immediata è da riferire in genere allo shock e all'emorragia. L'A. conta 26 decessi per tali cause. L'emorragia venosa è la più difficile a evitare e a fermare. L'A. raccomanda la compressione dei tronchi iliaci e il tamponamento compressivo a monte e a valle per riconoscere più facilmente la sede dell'emorragia e fermarla. Ricorda brevemente le complicanze urinarie (11 decessi), le emorragie secondarie e le complicanze polmonari e cardiache (12 casi) per diffondersi sulle complicanze settiche, dalla cellulite pelvica a decorso acutissimo, al flemmone della parete, alla peritonite. L'A. ha avuto 16 decessi per tali cause fra cui 9 per peritonite.

Espone dettagliatamente la tecnica da lui seguìta che ha qualche variante rispetto a quella originale. Limita l'impiego del Mikulicz ai casi in cui ha ragione di dubitare dell'asepsi e come tamponamento emostatico nei casi indaginosi con emorragia venosa. È sostenitore della curieterapia preoperatoria per la sua azione sterilizzante sugli elementi neoplastici, come ha potuto convincersi con ripetuti esami istologici, e ritiene che tale metodo sia da applicare a tutti i casi ad eccezione di quelli iniziali e limitati. È da tener presente, però, l'azione sclerotizzante del radium sul parametrio cervicale, che può rendere più difficile l'isolamento degli ureteri. Tale inconveniente si evita non lasciando trascorrere un lungo intervallo fra la curieterapia e l'intervento chirurgico.

G. PACETTO.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

G. A. ROST. *Malattie della pelle.* Traduzione del dott. CONTE, riveduta ed integrata di una appendice originale dal prof. FONTANA. Pag. XVI-698. Un. Tip. Ed. Tor., Torino 1929. L. 80.

L'interesse suscitato in Germania dall'opera del Rost, così ricca di concezioni geniali ed originali, specie in fatto di classificazione e nomenclatura, aveva già trovata una larga eco tra i dermatologi italiani. La comparsa ora della traduzione del trattato nella nostra lingua farà certamente aumentare questo interesse e gioverà alla diffusione del libro anche al di fuori degli ambienti puramente dermatologici. Pur tenendosi nei limiti di un manuale didattico il libro è denso di dottrina e non vi è trascurata l'esposizione di alcuna delle più recenti teorie, da quelle colloido-fisiche di Schade a quelle sull'allergia di Storm van Leeuwen, che possano servire a lumeggiare qualcuno dei molteplici problemi della patologia cutanea.

La divisione della materia è fatta secondo le vedute già esposte nel 1921 dall'Autore ad Amburgo in occasione del congresso dei medici e naturalisti tedeschi, e si basa su quello che egli chiama il criterio causale-genetico, volto a stabilire le cause prime e tutti i fattori concomitanti che caso per caso concorrono alla determinazione di un dato quadro morboso. Viene così abbandonato il metodo morfologico-descrittivo, sin qui adottato quasi esclusivamente, e le dermatosi vengono divise in due grandi categorie: quelle di origine esogena e quelle di origine endogena. L'Autore stesso riconosce che tale suddivisione presenta ancora molte incertezze per le manchevolezze dei nostri metodi di ricerca che non ci permettono in molti casi di conoscere tutta la somma dei fattori che agiscono nella produzione della malattia. Egli però giustamente sostiene che l'utilità, tanto ai fini della ricerca scientifica che a quelli didattici, di una classificazione logica delle dermatosi, giustifica il sistema di considerare in qualche capitolo per provato quello che è sinora soltanto ipotetico.

A una prima parte in cui sono trattate la anatomia e la fisiologia nelle loro linee essenziali, seguono alcuni interessanti capitoli su la patogenesi e su la morfologia evolutiva delle efflorescenze cutanee. Lo sviluppo dato a questa parte, in cui è esposto anche il metodo di esaminare il dermopaziente, ne fa una vera

propedeutica, di indubbia utilità allo studente. Segue poi la parte speciale in cui le singole dermatosi sono descritte con una chiarezza ed una vivacità che rendono veramente attraente la lettura del libro; speciale interesse presentano alcuni capitoli tra cui quelli sugli « eczematoidi » e quello su la dermatite tossica.

Il volume è arricchito da numerose fotografie e riproduzioni di ottimi « moulages » originali; il prof. Fontana che ha curato la traduzione vi ha aggiunto alcuni capitoli su le dermatosi rare, i parassiti cutanei animali e vegetali e i più comuni medicamenti usati in dermatologia.

Non si può non raccomandare caldamente il libro a quanti vogliano conoscere i più recenti indirizzi di una disciplina in continua evoluzione quale la dermatologia.

M. MONACELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

R. PORACK. *Les stupéfiants. — La diurèse.* G. Doin, Paris, 1927. L. 18.

Il Porack è un instancabile studioso dei problemi di fisiologia e di clinica. Egli nei suoi contributi non dimentica la sana educazione fisiologica, anzi si può dire che da essa parte sempre e con successo. In questi due ultimi lavori il problema preso in considerazione è quello della *diuresi* e, prima di tutto, l'A. ha studiato il comportamento di essa durante il giorno e la notte in soggetto normale stabilendo il ritmo della eliminazione urinaria, al di fuori di quegli stimoli talora brutali che noi adoperiamo nell'esame della funzione renale provocata. Con semplicità di mezzi e con rigore di metodo egli è così riuscito ad avere nelle mani un mezzo nuovo, almeno nel tecnicismo e nei resultati, di esame. Ha studiato in un secondo tempo tutte le cause fisiologiche che la influenzano sorprendendo delle curve nell'eliminazione oraria a zig zag, che potrebbero sembrare capricciose, se non fossero legate alle due condizioni fondamentali del carico umorale e del dinamismo nervoso.

La ritmicità della diuresi rappresenta, secondo l'A., un particolare caso della ritmicità organica: dopo la fatica il bisogno di riposo, dopo l'immobilizzazione il bisogno di movimento. Lo studio prendendo le mosse dalle variazioni fisiologiche riguarda il ritmo sotto l'influenza del the, dei pasti, del movimento, del sonno. L'A. come conclusione formula le leggi della diuresi normale, che offrono un notevole interesse e dal punto di vista fisiologico e dal punto di vista fisiopatologico.

Le funzioni idriche, che nel concetto dell'A. sono l'indice di tutte le funzioni dell'intero nostro organismo, sono il nodo delle osservazioni sugli stupefacenti (cocaina e oppio) studiati nell'uomo. Lo studio è interessante per le conclusioni alle quali l'A. arriva sui rapporti tra diuresi e modificazioni del tono nervoso e dello stato psichico. T. PONTANO.

E. ABDERHALDEN. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. 5. *Methoden der Muskel- und Nervenphysiologie.* Lieferung 285. Urban e Schwarzenberg, Wien, Berlin, 1929.

La dispensa N. 285 del grosso trattato di metodi biologici si riferisce ai metodi di studio della cronassia, del tono muscolare e della muscolatura liscia.

La parte cronassimetrica è trattata dal dottor H. Laugier di Parigi, aiuto del prof. Lapicque, del maggior studioso cioè della materia. La trattazione, pur breve, sia della parte teorica della materia, sia dei diversi metodi di determinazione, dei loro pregi e delle critiche a cui alcuni di essi hanno dato luogo, può dirsi veramente esauriente, come può esserlo nelle mani dell'A. che così profondamente, nell'istituto del suo maestro, e con tanta competenza si è occupato della materia. Le applicazioni della ricerca alla clinica sono appena accennate nella trattazione, la quale verte sopratutto sul lato della fisiologia.

Il capitolo riferentesi allo studio del tono muscolare è trattato da E. A. Spiegel di Vienna già autore di una monografia sullo stesso argomento. Vengono trattati brevemente i metodi di controllo del portamento, di scrittura dei riflessi e delle curve di ingrossamento dei muscoli, di misurazione della durezza dei muscoli e della loro resistenza ai movimenti passivi. Sono accennati anche metodi applicabili all'uomo.

La trattazione dei metodi di studio degli organi a muscolatura liscia trova nel Kochmann di Halle una larga affermazione di competenza ed una minuta esposizione: metodi, s'intende, di fisiologia animale, che però tanta applicazione hanno nella medicina sperimentale e nella farmacologia: tecniche di ricerca sui vasi, sull'intestino, sugli ureteri, sull'utero, ecc. Al termine l'A. parla anche di metodi della fisiologia umana, e sopratutto della pletismografia.

G. MELDOLESI.

P. MATHIEU. *Pourquoi on engraisse? Comment on maigrit?* Vol. in-8°, di pag. 64. N. Maloine, Paris, 1929. Fr. 8.

Basandosi sulla sua grande esperienza, come consulente di Brides-les-Bains, l'A. presenta, in poche ma chiare pagine, un quadro completo dello stato attuale delle nostre conoscenze sugli scambi nutritivi nell'organismo e sulla patogenesi, la diagnosi differenziale e il trattamento delle varie forme cliniche dell'obesità.

Il pratico troverà perciò in questo libro utili consigli sul modo di dirigere la cura degli obesi, come pure potranno trarne profitto dalla lettura gli individui normali che hanno timore di perdere la loro linea. A. P.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

RIVENDICAZIONI ITALICHE

Una centuria di rivendicazioni di priorità ad italiani in contributi scientifici nella Medicina e Chirurgia

per il prof. Luigi Castaldi
Direttore dell'Ist. di Anatomia Umana Normale
nella R. Università di Cagliari.

(*Continuaz. e fine; vedi numero precedente*).

G) Ortopedia.

90) *I primi apparecchi ortopedici.* Per quanto già Ambroise Paré (1517-1590) avesse prescritto busti a stecche metalliche per la cura della scoliosi, si trattava di tentativi di valore pratico assai limitato. La prima ideazione e descrizione di una serie di apparecchi allo scopo di sostituire parti paralizzate o membra amputate è quella di Fabrizio d'Acquapendente nel suo trattato « Chirurgia » (Parigi, 1613).

91) *La prima fasciatura con bende rigide.* L'Ortopedia scientifica comincia solo con l'invenzione della fasciatura rigida (Castiglioni, l. c.). Orbene fu il nostro Vanzetti che nel 1846 indicò per primo la fasciatura con bende con colla, finchè nel 1852 Antonio Mathyssen indicò la tecnica della fasciatura gessata.

92) *La protesi cinematica.* È gloria della moderna chirurgia italiana, fiorita sotto il bel cielo toscano: sorta con Giuliano Vanghetti, il geniale medico condotto d'Empoli, messa in pratica la prima volta dal Ceci a Pisa e poi da altri, ma sopratutto applicata su larga scala e propagandata da Augusto Pellegrini di Fucecchio. Quando arrivarono i feriti della guerra italo-abissina il Vanghetti pensò di sostituire ai monconi inattivi di amputazione, dei monconi capaci di muovere apparecchi di protesi; pubblicò le sue proposte di più metodi *ad hoc* nel 1898 e successivamente Nel 1915 sorse Sauerbruch, e il metodo si disse e da alcuni all'estero si dice ancora del Sauerbruch, sebbene il Sauerbruch dovesse infine egli stesso riconoscere la priorità del Vanghetti. Il Sauerbruch ha tentato di mettere avanti un certo antico Beaufort e un innominato coetaneo o conterraneo di Larrey che presentò molto fa apparecchi di protesi alla Accademia di Medicina di Parigi; però il Vanghetti stesso lesse le Memorie relative, e ha trovato che non vi era nulla di quanto il Sauerbruch tentava di affermare (85).

H) Psichiatria.

93) *La riforma del trattamento degli alienati.* Molto è stato scritto per rivendicare i meriti di Vincenzo Chiarugi (di Empoli, 1759-1820) come precedente a Filippo Pinel (1755-1826) medico dell'Ospedale di Bicêtre dal 1792, nel riformare il trattamento degli alienati, abolendo il trattamento disumano e nocivo secondo il principio di Celso « fame, vinculis et plagis », sostituendolo col principio che poi da John Conolly (1796-1866) fu detto del « no restraint ». Mentre le innovazioni di Pinel sono del 1801, il Chiarugi le affermava nel 1793 nel suo « Trattato analitico della pazzia in genere e in specie » e le metteva in pratica fin dal 19 maggio 1788 nello Spedale di Bonifazio a Firenze, come faceva porre a pagina 304 del Regolamento emanato allora da Leopoldo di Toscana.

Meno noto è che prima dello stesso Chiarugi, aveva propugnato ciò Antonio Maria Valsalva cui va dato col successivo Chiarugi il merito in proposito (86).

94) *La dottrina organica della pazzia.* Il concetto positivo della dottrina organica della pazzia come derivata da alterazioni morbose dell'encefalo, in contrapposto alle antiche dottrine psicologiche o metafisiche, è italiano: enunziato per la prima volta da Morgagni (1760), sviluppato da Sementini (Napoli, 1743-1814), e da V. Chiarugi, che, in pieno contrasto colle teorie d'allora, affermò che la pazzia dipende da « un'offesa primitiva del cervello ».

La prima Clinica psichiatrica europea fu quella di Firenze eretta nel 1760 dal Granduca Leopoldo; la prima legge europea sugli obblighi verso gli alienati fu quella dello stesso Leopoldo (1788). La prima legge europea che decretò l'obbligatorietà dell'insegnamento pubblico della psichiatria fu emanata dal Re Carlo Alberto nel 1838.

95) *Un precursore delle moderne provocazioni di malattie per curarne altre.* Il Castaldi ha recentemente raccolto (87) i precedenti storici della cura di malattie nervose e mentali mediante la malaria naturalmente contratta, e ha riportato altri esempi per altre malattie. La provocazione dell'ascesso di fissazione risale a Areteo di Cappadocia e a Rufo d'Efeso, ma oltre che era stato dimenticato fino ai tempi recenti, in esso si tratta più di « fissare » il processo morboso facendo convergere gli umori in un punto, che di soppiantarlo con altro morbo.

Mi piace qui ricordare che dell'idea moderna di provocare una malattia per guarire l'organismo da altra preesistente, e ciò in particolare nel campo psichiatrico, fu precursore Antigono Raggi, che nel 1876 (88) trattò in modo brillante la terapia delle psicosi, e che richiamando l'osservazione che se durante una psicosi insorge una malattia febbrile, la prima si attenua fino anche a cessare, propose di provocare un processo febbrile nei pazzi a scopo terapeutico, ciò che Wagner von Jauregg proponeva nel 1887 e applicava nel 1917 per la paralisi progressiva curandola con la inoculazione della malaria.

I) Terapia, Assistenza sanitaria.

96) *La profilassi iodica dell'endemia gozzo-cretinica.* L'Italia conta dei precursori sia della dottrina della carenza iodica ambientale come causa del gozzo affermata da Angelo Maffoni nel 1846 (89), e poi da tanti altri; sia della sua pro-

---

(85) Vanghetti G. Chirurgia org. movimento, I, f. I, 1917.

(86) Vedi p. es. Zalla. Sperimentale, 78, 327, 1924; Amaldi. Riv. Storia sc. med. e nat., 17, 59, 1926; Livi e Padovani. Id., p. 89, 1928; Bilancioni. Policlinico, Sez. prat., p. 599, 1927; Castiglioni, (l. c.) e Rass. Ist. Bioch. it., 5, 366, 1927.

(87) Riv. storia scienze med. e nat., 19, 133, 1928.

(88) Vedi Cardillo. Monitore medico; e Poletti. Riv. medica, genn. 1928.

(89) Atti Acc. Med. Torino, 1846, II, p. 453.

filassi con sale iodurato. Coindet e Grange avevano indicato lo iodio come cura dei gozzuti, ma da darsi caso per caso; chi la propose come profilassi sociale generale, sotto forma di aggiunta di iodio (come ioduri) al sale da cucina da darsi a tutta la popolazione dei paesi colpiti, fu Francesco Buzzi, direttore fino a pochi anni fa dell'Ospedale Civile di Sondrio, che lanciò tale idea in un Congresso del 1910 (90). Ma il dott. Buzzi stesso ed altri testimoni oculari mi hanno raccontato che al Congresso fu preso per un esaltato. Nel 1915 Hunziker propagandava l'idea e con Eggenberger la faceva accogliere dai Governi di vari Cantoni Svizzeri; l'esempio è stato imitato in Austria, nel Nordamerica e da noi per l'apostolato di Giuseppe Muggia, direttore del Manicomio di Sondrio, in Valtellina. I Governi oggi distribuiscono il sale iodurato agli abitanti di varie contrade ad endemie gozzigena: il Congresso italiano del 1910 rise clamorosamente del Buzzi!

97) *Precursori della puntura rianimante del cuore.* Fu Antonio Carraro, medico condotto a Pieve di Sacco (1825), a praticare fra i primissimi, e primo in Italia, l'ago-puntura rianimante del cuore; e quasi contemporaneamente Francesco da Camin, medico fisico e chirurgo scientifico a Dolo. Il Sacco ci ha lasciato una memoria in proposito (91), che precede di quasi un secolo le moderne iniezioni intracardiache di adrenalina.

98) *L'elettroterapia.* Essa rimonta (lo dimostrò il Vinaj) alle prime applicazioni fatte da F. Pigatti a Padova nel 1747 in alcuni gottosi e artritici. Dopo che Galvani (1794) fece i suoi celebri esperimenti, dimostrando la corrente che il Nobili chiamò propria; e che Volta (1800) costruì la coppia elettromotrice, la elettroterapia ebbe un periodo di grande sviluppo in Italia. E tra noi, prima di Erb, il Grimelli studiò l'elettrizzazione dei muscoli paralizzati (92).

99) *L'assistenza pubblica all'infanzia.* Anche non volendo risalire ai Romani (93), ebbe pur sempre in Italia origine l'assistenza pubblica all'infanzia. Per brevità rimando alla memoria del prof. Dotti (94). Ricordo che i primi Ospizi marini furono ideati e attuati da Giuseppe Barellai di Firenze (1813-1884); il primo Ospizio sorse a Viareggio nel 1856.

100) *L'ideatore della « Croce Rossa ».* Generalmente se ne dà il merito a Enrico Dunant di Ginevra, testimonio oculare della battaglia di Solferino nel 1859, il quale col francese Arrault, con Luigi Appia ed altri presentò la proposta ad un Congresso a Ginevra il 26 ottobre 1863, onde il 22 agosto 1864 veniva firmata fra 14 Potenze la Convenzione di Ginevra per la quale malati, feriti e personale sanitario dei belligeranti sono neutrali e inviolabili. Ma prima assai, all'assedio di Messina del 1848, Ferdinando Palasciano (1815-1891), poi professore a Napoli, palesava per la prima volta il suo nobile piano per organizzare efficacemente i soccorsi ai feriti sul campo di battaglia, e affermò che « i feriti a qualunque esercito appartenessero, erano sacri, inviolabili e degni delle massime cure ». Pagò l'audacia di questa idea e l'averla attuata curando i feriti nemici, perchè fu carcerato per un anno a Reggio Calabria, e per poco non ebbe di ben peggio! Non desistette e nell'aprile 1863 all'Accademia Pontaniana lanciò di nuovo l'idea, che fu raccolta nel detto Congresso di Ginevra, al quale però il Palasciano non fu nemmeno invitato. Da poco solo si comincia a rendere al Palasciano il suo grande merito (95).

Ho letto che al Dunant spetta solo l'idea dei Comitati di soccorso per i feriti e l'istituzione degli infermieri volontari in guerra. Neanche quest'ultima istituzione mi sembra sorgesse per la prima volta intiera nella mente del testimone della Battaglia di Solferino, se già nella guerra di Crimea una figlia di Firenze, per quanto di nazionalità inglese, Miss Florence Nightingale (1823-1910), creò un corpo di infermiere pel servizio negli Ospedali militari, e questo esempio fu talmente magnifico che aprì una nuova epoca nella storia dell'assistenza laica e dell'assistenza ai feriti.

L'OPERA DI PROPAGANDA D'ITALIANITÀ COMPIUTA DALLA NOSTRA STAMPA MEDICA.

A propagandare le glorie della Biologia scientifica e medico-chirurgica italiana delle quali ho voluto dare un saggio di priorità andando dalle scoperte dei costituenti fondamentali degli organismi, attraverso vari campi, fino all'assistenza da prodigare ai feriti per la propria Patria, ha concorso attivamente buona parte della Stampa medica periodica nostra.

Le origini della Stampa medica non sono lontanissime (96), poichè il primo periodico che si occupasse anche di Medicina fu il *Journal des Sçavans* (a Parigi, 1655) e poco dopo le *Philosophical Transactions* della Royal Society di Londra. In Italia fecero altrettanto il *Giornale de' Letterati* dell'abate Francesco Nazari (Roma, 1668), il *Giornale Veneto dei Letterati* del Dott. Pietro Moretti (Venezia, 1671), e la *Biblioteca volante* del Dott. Giovanni Cinelli (Firenze, 1677). Ma i primi veri e propri giornali medici furono il *Journal des nouvelles découvertes sur toutes les parties de la Médecine* (Parigi, 1679), pubblicato nientemeno da un empirico, fratello del bidello della Scuola di Chirurgia, Nicolò di Bligny, e da noi il *Giornale di medicina* pubblicato dal Dott. Pietro Orteschi nel 1763 a Venezia. Da allora i periodici medici sono andati moltiplicandosi, chi di vita brevissima, chi lunga; oggi in Italia sono più di trecento i periodici in corso di stampa per la sola Medicina, e più di quattrocento se si considerano anche quelli pubblicati da cultori delle affini branche della Biologia scientifica, e compresi tutti gli Atti, Memorie, Bollettini, Rendi-

---

(90) Riv. sperim. Freniatria, 7, 1910.

(91) Vedi F. ORLANDO-SALINAS. Cultura med. mod., 6, 259, 1927.

(92) CASTIGLIONI, l. c.

(93) FIORANI-GALLOTTA. *Opere pubbliche ed assistenza all'infanzia nei tipi monetari di Roma antica.* Milano, Fossati, 1926.

(94) DOTTI G. A. *Assistenza pubblica alla prima infanzia in Italia.* Firenze, Puliti, 1928.

(95) GRASSI, l. c.; CASTIGLIONI, l. c.; BADUEL. La Croce Rossa Italiana, n. 2-4, 1927.

(96) CASTIGLIONI. *Giornalisti medici e medici giornalisti.* Nel vol. *Il volto di Ippocrate*, Milano. Unitas, 1925.

(97) PICCININI P. *La storia della stampa medica italiana.* Riv. di ter. moderna e med. prat., 20, n. 16, p. 18, 192-

conti di Accademie e Società che s'interessano di argomenti di Biologia scientifica ed applicata.

Di questa valanga di pubblicazioni alcune (mentre sarebbe desiderabile che se non tutte, almeno un numero maggiore se ne occupassero) trattano di consueto argomenti storici, oltre quelli di attualità, e in particolare fan propaganda di glorie scientifiche italiane. È confortante vedere che da qualche tempo è cresciuto il numero dei periodici che si dedicano a questo compito nobilissimo ed opportunissimo di rievocazione storica di uomini e di fatti dimenticati. Mi piace segnalare al posto di onore in siffatta esumazione continua e meritiera d'ogni elogio, di titoli di gloria pel nostro Paese, la *Riforma medica*, la *Cultura medica moderna*, il *Policlinico* (sezione pratica), la *Medicina Italiana*, il *Valsalva*, la ben ideata e così efficace *Rivista di terapia moderna e di medicina pratica* che ha il bellissimo motto « Italicus, italica volo », oltre i periodici peculiarmente storici (*Rivista di Storia delle Scienze mediche e naturali, Archeion, Bollettino dell'Istituto Storico dell'Arte Sanitaria, Illustrazione medica*) e molti altri che sporadicamente dan posto a notizie che riguardano la storia delle nostre discipline. Ma non credo di essere inopportuno a desiderare ed augurare che s'intensifichi nella tanto numerosa stampa medica e biologica italiana questo movimento di ben intesa esaltazione nazionale, quando vediamo i migliori periodici stranieri a carattere pratico, e sopratutto numerosi agli Stati Uniti d'America dove noi siamo abituati a ritenere che abbia sede la quintessenza della praticità, pubblicare regolarmente in ogni loro fascicolo lunghi e molteplici e riccamente illustrati articoli di Storia della medicina e delle affini scienze biologiche. Come pure è opportuno e desiderabile che nelle mani degli studenti e dei medici vadano sempre più libri scritti degnamente da italiani.

È insomma compito della stampa medico-biologica quello di persuadere prima di tutto quegli italiani che ancora hanno tanti scrupoli, o tanta riluttanza, o tanta noncuranza, o tanta dabbenaggine da lasciar nel dimenticatoio nostre priorità di scoperte, a sapere invece apprezzare e far rispettare dagli altri le genuine glorie nostre; e poi di diffonderne la conoscenza con abilità, con tenacia e con salda fede, presso gli stranieri. Così la stampa medica nostra aumenterà quelle benemerenze che una parte di essa si è già ampiamente acquistate.

Riceviamo e pubblichiamo:

« *Spett.le Redazione del « Policlinico »*,

« Seguo con interesse le « Rivendicazioni Ita-
« liche » che la Sezione Pràtica va pubblicando e
« mi preme di rilevarne una dimenticanza. Al
« paragrafo 41 sui « Tipi morfologici costituzio-
« nali dello Stockard » in rivendicazione sul no-
« me degno d'ogni onore di GIACINTO VIOLA, mi
« pare che non avrebbe dovuto passare senza cen-
« no un altro nome illustre quello di ACHILLE DE
« GIOVANNI per diritto di priorità e di eccellenza.
« Anch'Egli fu un principe dei costituzionalisti
« italiani e maestro di color che sanno. Scusate
« l'osservazione.

« San Tomio (Vicenza), 9 ottobre 1929.

« Dev.mo Dott. CARLO CARLI ».

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XIII Congresso Italiano di Pediatria.

Nei giorni 23-24-25 sett. u. s. si è svolto in Torino il XIII Congresso Italiano di Pediatria, organizzato dal prof. ALLARIA, con l'intervento di tutti i Direttori di Clinica Pediatrica e con larghissimo concorso di soci e di colleghi.

Al Congresso portò il saluto inaugurale il rettore prof. PIVANO.

Il Presidente della Società Italiana di Pediatria prof. JEMMA, commemorò degnamente la recente perdita di due illustri Maestri, prof. Di Cristina e prof. Francioni, veramente benemeriti della Scienza e della Scuola Italiana.

Infine il prof. ALLARIA parlò del *problema demografico del Regno* lumeggiandone le principali esigenze e provvidenze, di cui una gran parte di competenza dei Pediatri: basti ricordare che la metà almeno dei bambini che annualmente muoiono nel Regno nel solo primo anno di vita si potrebbe salvare se si giungesse a quell'optimum di puericultura, che altri Stati hanno saputo raggiungere.

Il contributo scientifico dei lavori del Congresso si imperniò soprattutto sui temi delle relazioni ufficiali e cioè sul *Rachitismo* (patogenesi ed eziologia; relatore prof. ZAMORANI; profilassi e terapia: relatore prof. AURICCHIO) e sulle *Cardiopatie congenite dell'infanzia* (eziopatogenesi e anatomia patologica: relatore prof. FORNARA; sintomatologia e clinica: relatore prof. ZIBORDI).

Tutte le relazioni raccolsero larghi e meritati consensi per la competenza, lo zelo e la sobrietà dimostrati dagli OO. nelle singole trattazioni.

Particolare interesse suscitò, per la stessa natura dell'argomento, la relazione sul *Rachitismo* nella quale una parte assai preponderante venne dedicata al problema patogenetico sintetizzato nell'affermazione di una difettosa attività metabolica cellulare quale sede primitiva del processo morboso, dovuto all'intervento di fattori eziologici complessi e presumibilmente multipli (danni di origine alimentare, carenze di luce, di vitamina, ecc.). Forse apparve un po' incolore il concetto del rachitismo come malattia generale a carico di tutto l'organismo infantile, anzichè del tessuto osseo soltanto, come pure l'importanza preponderante del fattore alimentare in rapporto all'allattamento artificiale, benchè l'impossibilità di un'adeguata soluzione del problema eziologico giustifichi ancora un prudente eclettismo in materia.

Una lunga serie di *comunicazioni* arricchì la discussione sul rachitismo di notevoli contributi, fra cui quello del prof. FRONTALI inteso ad approfondire il meccanismo d'azione dei R. U. V. e dell'ergosterina irradiata sul siero ematico fuori dell'organismo; quello del prof. SPOLVERINI sulla necessità di dosare negli alimenti la percentuale di sostanza irradiata per ottenere effetto eutrofico senza alcun danno; quello del prof. PINCHERLE sull'ipervitaminosi D; quella del prof. ROHMER di Strasburgo che riferì sull'*innocuité d'un traitement prolongé avec des doses thérapeutiques d'ergostérine irradiée*.

Intorno alla moderna terapia del rachitismo con l'uso di ergosterina irradiata il giudizio conclusivo espresso dal Convegno si può così rias-

sumere: « senza diminuire il grande valore della scoperta, non si deve tuttavia esagerarne la portata pratica, ricorrendo ad abusi dannosi, e tanto meno disconoscere l'efficacia degli altri mezzi di profilassi e di cura del rachitismo (igienici, alimentari, medicamentosi) finora consacrati da una più lunga esperienza, in considerazione anche che le manifestazioni a carico del sistema osseo (che si beneficiano dall'ergosterina irradiata) non rappresentano che uno dei sintomi, sia pure importante, del rachitismo ».

Di notevole importanza riuscì anche la relazione e la relativa discussione nelle *cardiopatie congenite dell'infanzia*, non ostante che il contributo personale dei congressisti su questo argomento sia stato piuttosto scarso.

Sul tema d'indole sociale della 3ª relazione: *Scuole all'aperto*, stesa dal prof. GISMONDI, il dottor ALBERTINI, dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Milano, seppe attirare l'attenzione e le lodi del Congresso sulla magnifica istituzione del genere che Milano giustamente si vanta di offrire ad esempio.

Fra le altre numerosissime comunicazioni che toccarono ogni branca della Pediatria, non possiamo tacere, anche per l'autorità dell'oratore, quella del prof. MICHELI della Clinica medica di Torino *sui rapporti fra la tubercolosi infantile e quella degli adulti*, illustrati con profonda cultura sia dal punto di vista anatomo-patologico che clinico.

Infine il prof. VALAGUSSA ha riferito sulla attività svolta dall'*Opera Nazionale Maternità e Infanzia*, di cui egli è sub-commissario, illustrandone le molteplici branche, l'opera di coordinamento dei vari servizi assistenziali, ed infine additando nuovi intendimenti e programmi dell'Opera, tra i quali quelli intesi al decentramento dei ricoverati il più possibile verso la campagna, e al maggiore incremento nell'istituzione dei refettori materni, già iniziata con successo, in ogni provincia.

Venne acclamata Firenze quale sede del futuro Congresso Pediatrico.

G. B.

VII Congresso Italiano di Igiene.

Con discorsi del Podestà, prof. BARGAGLI-PETRUCCI, di S. E. PIERAZZI, sottosegretario al Ministero delle Comunicazioni, e del prof. A. SCLAVO, si è inaugurato, il 28 settembre questo Congresso, che ha aperto la « Settimana senese », dedicata a mettere in valore tutto quanto Siena offre dal punto di vista igienico, economico e culturale.

Tema centrale del congresso è stata l'*Assistenza ospedaliera*. La scelta dell'argomento, che non è di igiene pura ma che tocca da un lato la pratica medica e dall'altro l'assistenza sociale, dimostra che anche da noi l'igiene non rimane chiusa negli antichi confini, ma prende più intimo contatto con la vita pratica.

Primo relatore è stato P. CANALIS, il quale, in una chiara e completa esposizione descrive, anche con l'aiuto di proiezioni, i diversi tipi di ospedale, osservando che le nostre idee in materia si sono venute modificando. È importante, ora, di ridurre le spese di costruzione e di esercizio al minimo. I progressi nella profilassi delle malattie infettive ci danno una sicura garanzia contro la loro diffusione anche quando i diversi malati si trovano in un unico fabbricato. Nessuna ragione igienica ci impone quindi di rinunziare agli ospedali anche di 5-6 piani, disponendo le infermerie in modo che i malati e convalescenti possano facilmente usufruire dei giardini e dei luoghi di passaggio e sostituendo i corridoi parzialmente o totalmente laterali a quelli centrali.

Le grandi infermerie a 12-16 letti si potranno conservare eliminandone od attenuandone gli inconvenienti, con la trasformazione in sale ad aria libera. Una grande economia si raggiungerà abolendo gli inutili impianti di ventilazione e mediante altri particolari costruttivi.

Grandi vantaggi si avranno con la migliore utilizzazione degli ospedali esistenti; quelli costosi e di scarso rendimento potranno abolirsi o trasformarsi in stazioni di prima cura. Queste sono necessarie in paesi a popolazione rara e con grandi distanze fra i capoluoghi, ma dove i mezzi di trasporto sono rapidi e comodi, val meglio accentrare il servizio in un grande ospedale munito di tutti i mezzi diagnostici e curativi. Gli ospedali generali dovrebbero essere liberati dagli ammalati leggeri e dai convalescenti, mentre molti malati potrebbero essere curati ambulatoriamente.

Gli studi e gli sforzi concordi degli igienisti, dei medici e degli ingegneri, se riusciranno a ridurre in limiti ragionevoli le spese di costruzione e di esercizio porteranno un grande servizio alla sanità pubblica del nostro Paese.

E. RONZANI riferisce *sui provvedimenti più urgenti per un più moderno funzionamento degli ospedali italiani*. La sorte degli ospedali, da noi, è purtroppo ancora legata al vecchio tronco delle leggi che governano le Opere Pie. E' quindi necessaria la promulgazione di un regolamento generale che disciplini in tutto il Paese il funzionamento tecnico degli ospedali per raggruppare nei centri urbani sotto un'unica amministrazione e direzione tecnica le diverse istituzioni ospedaliere, per classificare gli ospedali secondo la loro importanza, la loro funzione ed i mezzi tecnici di cui dispongono. Occorre raggruppare e sistemare in ospedali più semplici e modesti l'assistenza ai cronici, assicurare un personale medico provetto, migliorare l'istruzione del personale di assistenza, facilitare la spedalizzazione degli infermi di malattie contagiose a qualsiasi classe sociale essi appartengano e sottoporre il funzionamento sanitario degli ospedali alla diretta vigilanza degli Organi centrali che si occupano della salute pubblica. Il Governo deve inoltre intervenire per riparare al più presto le menomazioni fatte ai medici direttori di ospedali.

BANFI (Sanatorio di Ornago) illustra i concetti che debbono presiedere alla *costruzione ed al funzionamento dei sanatori*.

GIANNINI espone i propri concetti *sull'assistenza convalescenziaria*, tema che presenta tutte le incognite di un argomento nuovo in Italia e scarsamente noto anche all'estero, mentre ha un grande valore scientifico, pratico e sociale.

Il problema non può essere considerato entro i ristretti limiti della medicina individuale per la gravità delle spese della relativa organizzazione Esso è un compito della medicina sociale e più specialmente di quella delle assicurazioni, attraverso il meccanismo della prevenzione e della cura, che debbono mirare alla rarefazione del rischio.

La Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali ha stabilito tre convalescenziari, in cui, dal 1926 ad oggi furono ricoverati 7000 lavoratori per un complesso di 130.000 giornate, col risultato di condurre nell'80 % al pieno e pronto ricupero della capacità lavorativa dei ricoverati. Importantissima è la convalescenza nella tubercolosi; l'applicazione piena del regime convalescenziario, però, si avrà quando sarà attuata l'assicurazione generale per la malattia.

ROATTA, parlando del *Dispensario antitubercolare*, osserva che questo deve essere collocato nell'ambiente spirituale e morale dove è nato ed ha dato i migliori risultati. In Inghilterra esso giunge come il coronamento di riforme e di progressi igienici; in Italia, non avendo trovato la preparazione necessaria, esso si convertì in un ambulatorio e mancò la sua missione.

E' quindi necessario che un organismo statale forte e competente riunisca tutte le opere assistenziali costringendole a quella cooperazione ed a quella disciplina, senza le quali nessuna può funzionare. Propone pertanto l'esperimento di un'organizzazione provinciale modello sotto la direzione e la guida di un medico provinciale con speciale preparazione, sistema che ha dato ottimi risultati in America ed in alcuni stati di Europa (Francia, Polonia).

Fra gli interlocutori su questa relazione citiamo LUSIGNOLI, che ha rivendicato all'Italia l'istituzione del Dispensario antitubercolare, il quale non ha nulla a che fare con quello inglese, ed aggiunge che, se in Italia si è avuta la maggiore diffusione di tale dispensario, lo si deve ai medici condotti.

Sui *nuovi orizzonti dell'assistenza ospedaliera* riferisce l'avv. S. FABBRI, il quale fa rilevare l'enorme sproporzione fra gli ospedali dell'Italia settentrionale e meridionale. Il patrimonio ospedaliero italiano è di circa 2500 milioni, il numero degli ospedali di 1377, con 86.722 letti, cioè un letto per 460 abitanti. Ma, mentre nell'Alta Italia si ha un letto per 300 abitanti, nell'Italia meridionale se ne ha 1 ogni 1000, laddove in Francia, in Inghilterra, in Germania ve n'è 1 ogni 200.

Mancano, inoltre, in Italia, delle disposizioni organiche ed unitarie che disciplinino il funzionamento degli ospedali e siamo ancora lontani dal raggiungere l'assetto giuridico, tecnico, amministrativo e finanziario che si richiederebbe.

L'Ente più adatto per questo scopo è la Provincia a cui si dovrebbe affidare la funzione totalitaria nel campo dell'assistenza sanitaria, come già la possiede per la profilassi igienica. E' inoltre necessario un riordinamento tecnico che ponga tutte le provincie d'Italia in condizione di usufruire di un trattamento equivalente in materia di assistenza sanitaria.

Il fabbisogno presumibile per finanziare l'assistenza ospedaliera in Italia è di circa 350 milioni annui. Tale assetto iniziale, però, dovrà attendere la sua integrazione dall'assicurazione generale contro tutte le malattie, affermata dalla dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro.

Il Padre A. GEMELLI riferisce sulla questione del *personale laico o religioso nell'assistenza ospedaliera*. Egli rileva che non si è fatto ancora un reale progresso nel campo dell'assistenza diretta, ed illustra le difficoltà di istruire, educare e preparare convenientemente il personale laico maschile, mentre per quello femminile, si sono venute dimostrando le difficoltà di trapiantare da noi le scuole-convitto, caratteristiche dei paesi anglosassoni. L'O. è del parere che il reclutamento di questo personale darà sempre risultati scarsi e, più che altro, limitati all'assistenza privata; quello femminile potrà forse aversi purchè si garantiscano ad esso delle convenienti condizioni economiche.

L'impiego del personale religioso femminile presenta invece alcuni vantaggi particolari ed insostituibili. Sono caduti oggi molti pregiudizi che avevano ieri una ragione politica. Le Suore, però, debbono essere messe in condizione di dare il meglio; dato che esse prestano il loro servizio per ragioni ideali che costituiscono il fine della loro vita, è assurdo prescindere da queste particolari condizioni. Ad esse quindi, secondo l'O., si deve affidare la direzione dell'assistenza della sala ospedaliera e quegli altri uffici più delicati e più difficili per i quali si richiede, oltre ad una cultura tecnica e l'intelligenza, un grado di pazienza e di costanza. Sotto la loro dipendenza si dovrebbero trovare le infermiere laiche.

La Santa Sede sta preparandosi a creare tre scuole per Suore, in cui esse potranno acquistare la formazione tecnica necessaria ed un'adeguata preparazione spirituale.

Dopo le visite alle più importanti istituzioni della città, si è svolta una simpatica cerimonia in onore del prof. SCLAVO, rettore dell'Università di Siena, e del prof. D. DE BLASI, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Napoli, che è stato recentemente nominato membro dell'Accademia d'Italia.

Caldi e vibranti discorsi del sen. SIMONETTA, del prof. ABBA, del prof. BOTTI e dell'on. CHIURCO, il quale conclude il suo dire con queste parole: « Se noi, nella vita, avremo la visione di un Uomo che in una simbiosi dinamica unisce pensiero ed azione, scienza ed umanità, diremmo: Achille Sclavo; se, nella vita, avremo la visione di un uomo il cuo ingegno mira alla sintesi ed alle armonie del pensiero, diremo: Dante De Blasi. Onorando questi due grandi Maestri, noi abbiamo onorato tutta la classe medica d'Italia ».

fil.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 5 luglio 1929.

Presidenza: Prof. DIONISIO, presidente.

Surrenalectomia in due casi di gangrena spontanea degli arti.

Prof. MARIO DONATI. — I due p. che l'O. presenta, erano affetti da gangrena spontanea giovanile degli arti, iniziale nel 1° caso, molto avanzata nel 2°.

Il primo presentava dolori violenti, continui al piede sin. e alla gamba, scomparsa della Mx e Mn alla gamba ed una ulcerazione torpida dell'alluce e gravi turbe circolatorie al piede. Egli precedentemente, e senza risultato, era stato operato di simpaticectomia della femorale, di innesto di surrenale di cane nel sottocutaneo dell'addome e di stiramento del n. tibiale posteriore alla

regione retromalleolare. Nulla ottenne da ripetute fleboclisi di siero clorurato ipertonico.

Operato di surrenalectomia a sin., dopo circa 5 ore dall'operazione, l'a. non accusava più il solito dolore al piede ed oggi a distanza di nove mesi dall'operazione il p. non soffre il minimo dolore. La cute del piede è di colore normale; persiste una piccola ulcerazione all'alluce.

Il secondo ammalato soffriva da anni di dolori violenti ai due piedi, alla mano d. e in causa di una necrobiosi di qualche falange di questi arti, era stato amputato dell'indice d. poi del dito medio, ed infine del quarto dito del piede sin.

Malgrado fosse stato operato di simpaticectomia dell'arteria omerale e di innesto di capsula surrenale di cane, i dolori erano molto intensi al 3° dito della mano d. e al 2° dito del piede d. Alla gamba sin., all'avambraccio sin., ed a quello d., nel loro terzo inferiore la Mx e la Mn era zero.

Anche in questo caso come nel precedente, la surrenalectomia produsse l'immediata scomparsa del dolore; ma per la persistenza dell'ulcerazione complicata con processi osteomielitici, che ormai si erano istituiti, si dovette in seguito disarticolare il 2° metatarso di sin. e amputare la coscia al terzo inferiore.

L'esame radiografico dei vasi dell'arto amputato, iniettati con soluzione di gelobarine al 10 % mise in rilievo che i vasi non erano visibili al collo del piede.

L'esame istologico dimostrò, sopratutto nella pedidia e nella tibiale posteriore (plantare) un grave ed esteso processo di obliterazione del lume; intensi fatti di perivascolarite e di arterite dei *vasa nervorum*.

L'O. insiste e si sofferma sulla importanza della scomparsa quasi istantanea del dolore, dopo la surrenalectomia; egli ritiene che il dolore, a simiglianza di quanto si constata nel dito morto, nella sindrome di Raynaud, ecc., sia provocato dalla deficente irrorazione di sangue arterioso nei tessuti, che la surrenalectomia migliori la circolazione periferica, favorisca un maggiore afflusso di sangue arterioso ai tessuti e che nel meccanismo di questa azione la parte predominante spetti all'adrenalina.

La questione del contenuto di adrenalina nel sangue di questi a. è legata a quella dell'adrenalinemia dell'uomo normale e gli AA. sono solo d'accordo nel ritenere che il potere vaso-costrittore del siero di sangue messo in evidenza col metodo biologico è da attribuirsi più che all'adrenalina a speciali sostanze vasocostrittrici esistenti nel siero stesso.

L'O. espone i risultati delle ricerche eseguite nella Clinica da due suoi allievi, Biancardi e Biolato, coll'intento di studiare il contenuto della adrenalina col metodo biologico del preparato aortico di rana secondo Lawen-Trendelenburg, sia nel siero di sangue, sia nel plasma, sia nel sangue in toto. Essi hanno trovato che l'azione vasocostrittrice sarebbe dovuta non solo al contenuto di adrenalina, ma anche ad altre sostanze esistenti nel siero e nel plasma, che quest'azione per la stessa qualità di sangue non sarebbe costante, ma varierebbe secondo i testi impiegati; di qui la difficoltà di dosare il contenuto della adrenalina del sangue umano. Con tutto ciò, se anche, come pare, altre sostanze determinano la vaso-costrizione, è probabile che nel caso della surrenalectomia la diminuzione di adrenalina aiuti la vaso-dilatazione, la quale si verifica essenzialmente sulla circolazione collaterale.

Primo tentativo di trattamento chirurgico del diabete con l'enervazione di una capsula surrenale.

Prof. Mario Donati. — Ciminata aveva dimostrato sperimentalmente che colla enervazione delle surrenali si interrompe l'arco riflesso per mezzo del quale si istituisce l'iperglicemia adrenalinica e si ottiene diminuzione della secrezione adrenalinica. Collo studio delle relazioni neuroormoniche pancreatico-surrenali dimostrò che il diabete pancreatico sperimentale guarisce dopo l'enervazione delle surrenali. L'esperimento che per la prima volta è stato tentato nell'uomo non corrisponde che in parte alle premesse sperimentali suddette, ma su di esse si basa; la sua importanza sta nella innocuità di esso, poichè l'operazione è certamente meno grave di una surrenalectomia, e nei risultati che dimostrano nell'uomo relazioni neuroormoniche finora non dimostrate.

Esposta la disposizione del plesso surrenale, l'O. descrive l'intervento operativo eseguito in una donna diabetica grave (glicemia 2,85 ‰) e che da una terapia insulinica protratta non aveva avuto che benefizio temporaneo.

All'intervento la capsula surrenale venne raggiunta attraverso la sezione di fasci del grande dorsale, la resezione sottoperiostale della 12ª costa e l'incisione del letto costale; rispettò scrupolosamente il rene e gli strati circostanti; isolò la capsula dall'apice e riconosciuti i vasi capsulari superficiali ed inferiori, escise gli esili filamenti nervosi dei peduncoli corrispondenti, messi in evidenza con una leggera trazione dell'organo. Raggiunto l'ilo, mercè sollevamento della capsula dalle sue connessioni posteriori mise allo scoperto i filamenti del plesso surrenale più importanti, che in numero di due assai grassi e resistenti vennero sezionati e strappati per 3-4 cm., con la solita tecnica delle exeresi nervose. Oltre a ciò eseguì anche una simpaticectomia chimica toccando il peduncolo vascolare e i tessuti perisurrenali con batuffolo di garza imbevuto di soluzione di fenolo al 4 %. Quest'ultimo atto però secondo l'O. stesso è forse passibile di critica, perchè si potrebbe obbiettare che una causticazione in un individuo diabetico, è pericolosa e potrebbe dare, sia pure in via temporanea, uno stimolo eccitatore anzichè inibitore. Comunque, nel caso in parola, è stata innocua.

La p. così trattata, non ebbe l'aumento abituale postoperatorio della glicemia, ebbe la scomparsa della glicosuria; si notò diminuzione notevole della glicemia, della quantità delle orine, scomparsa del senso della sete e degli altri sintomi funzionali pur somministrandosi una dieta abbastanza ricca di idrati di carbonio.

A parte la durata del risultato, dal punto di vista dottrinale e senza volere in alcun modo proporre una vera e propria terapia chirurgica del diabete, dall'esperimento fatto, risulta ineccepibilmente che l'enervazione della surrenale, in soggetto diabetico, influisce profondamente sulle relazioni neuroormoniche pancreatico-surrenali in quanto diminuendo la secrezione adrenalinica abbassa la curva glicemica e sopprime la glicosuria.

Sulla cosidetta "osteocondrite dissecante,, di un condilo femorale.

Dott. E. Polacco. — Il caso si riferisce ad un giovane di 20 anni, perfettamente sano, operato nel 1926, con anamnesi completamente negativa; solamente insistendo per la presenza di una cicatrice cutanea al ginocchio leso, si riesce a far ricordare al p. un leggero trauma subìto all'età di 10 anni. L'a. accusava da 2 anni lieve senso di stanchezza dell'articolazione del ginocchio ammalato; inoltre ultimamente accusava dolore alla pressione di tutto il peso del capo sul ginocchio e dolore trafittivo alla pressione. Mai sofferse tumefazione od idrarto. All'esame obbiettivo si osservava leggera ipotrofia della coscia dell'arto sin. ammalato.

La diagnosi di osteocondite disseccante fu fatta all'esame radiologico.

Operativamente fu asportato il corpo osteocartilagineo che era aderente al letto femorale, ricoperto di cartilagine fibrosa, per mezzo di tessuto connettivo. Guarigione completa funzionale, che perdura.

L'O. ricordata la difficoltà di stabilire la eziologia della forma morbosa, la inquadra nelle epifisiti in genere e quasi vede nella necrosi epifisaria sperimentale di Axhausen la maggiore rassomiglianza a questo caso.

Il nome di osteocondrite non pare adatto al caso in discussione perchè non si trovarono fatti infiammatori.

Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi.

Seduta del 9 giugno 1929-VII.

Presidente: Prof. A. Mattoli.

Per onorare la memoria del Prof. Nicolò Rizzacasa, socio fondatore e consigliere della Società, recentemente defunto, la riunione ha luogo ad Aquila, nell'aula della R. Scuola di Ostetricia, della quale il Rizzacasa fu benemerito direttore.

Il Presidente, il prof. F. Rossi ed il dott. Alessi G. commemorano i soci N. Rizzacasa e V. Petracchini.

Su due casi di chirurgia addominale e ginecologica.

Prof. Porta S. — Il primo riguarda un caso, più unico che raro, *di espulsione spontanea*, attraverso ad una colecistostamia, *della sacca colecistica contenente calcoli biliari.*

L'esame istopatologico ha rilevato che la sacca era costituita da elementi della tonaca fibrosa e della sottofibrosa della colecisti.

È evidente che i processi flemmonosi ed ulcerosi della colecisti hanno determinato la quasi completa scomparsa degli elementi costitutivi della mucosa colecistica ed il distacco per macerazione degli elementi della tonaca fibrosa e sottofibrosa dal peritoneo viscerale ispessito, che, aperto chirurgicamente, ha permesso la fuoriuscita spontanea dei calcoli tenuti uniti dalle fibre connettivali supcistiti.

Il secondo è un caso di *gravidanza tubarica ampollare bilaterale e contemporanea*, il 33° in tutta la letteratura medica. L'esito di essa è stato l'aborto tubarico a destra e la rottura a sinistra con allagamento peritoneale ed anemia acuta. La malata fu salvata dall'intervento operatorio immediato, isterectomia addominale sopravescicale.

Le alterazioni microscopiche della tube hanno dimostrato trattarsi di una gravidanza tubarica ampollare doppia. La presenza di un solo corpo luteo nell'ovaia di sinistra fa ritenere che i due ovuli dovevano essere contenuti nel disco vofiro di uno stesso follicolo e che mentre uno di essi ha emigrato direttamente nella tenuta di sinistra l'altro è giunto a quella di destra o per via incrociata o per via invertita attraverso all'utero.

La grande rarità di tale gravidanza ha destato il dubbio che in molti casi pubblicati si sia trattato di gravidanze tubariche bilaterali ma successive. Nel caso in parola la presenza di un solo corpo luteo attesta la contemporaneità delle due gravidanze tubariche, la cui diagnosi è confermata dall'esame istopatologico delle tube che ha rivelato in ognuna di esse la presenza degli elementi del corion.

Fatti e misfatti della pituitrina.

Prof. G. Albano. — Si chiedeva all'O., dai parenti ansio i, perchè mai una primigravidanza al termine, in seguito a travaglio di parto spontaneo, aveva messo alla luce un feto bene sviluppato, ma morto di recente.

Si potevano escludere la lues e le comuni cause abbastanza note.

Però per il diradarsi delle doglie vennero praticate due iniezioni di pituitrina a breve intervallo. Le doglie si risvegliarono energiche ed incalzanti e mezz'ora dopo fu espulso il feto nelle condizioni che conosciamo.

L'O. pensa che la insorgenza delle contrazioni uterine rapide e incalzanti abbia reso tanto difficile il circolo placentare, e quindi l'ematosi, che il feto venne a morte per asfissia.

Il taglio cesareo nella terapia della placenta praevia.

Prof. Mattoli A. — Constatando come la pratica del taglio cesareo nella terapia della *placenta praevia* (centrale e gravemente emorragica), ormai universalmente accettata, abbia portato ad una notevole diminuzione della mortalità materna e fetale, rivendica il proprio contributo personale nell'argomento, concludendo:

1) l'O., con la pubblicazione del suo lavoro del 1899 (caso operato nel marzo dello stesso anno) *primo in Italia, discusse ed affermò la indicazione del taglio cesareo conservatore, in alcuni casi speciali di placenta praevia;*

2) tutte le discussioni e le pubblicazioni fatte sull'argomento sono di molto posteriori alla pubblicazione dell'O. (Archivio It. di Ginecologia, n. 4, 1899).

Atrofia nel nervo ottico in donna gravida all'ottavo mese.

Dott. Agnifili E. — La gravidanza aggrava le manifestazioni sifilitiche, sia locali che generali, e tale influenza è tanto più nefasta quanto più l'infezione è recente.

Nell'ammalata occorsa alla nostra osservazione, di anni 33, la malattia decorreva latente o asintomatica, nè alcun malessere faceva supporre in lei l'infezione luetica.

Ai primi del mese di dicembre 1928 restò gravida. Presentò amaurosi completa nel decorso di un mese.

Nel nostro caso abbiamo intrapresa la cura specifica.

Pneumotorace e gravidanza.

Dott. G. ALESSI. — L'O. parla della gravidanza che si verifica durante la cura di pneumotorace artificiale per tubercolosi ed accenna all'eterno dibattito della gravidanza in donna tubercolosa.

Riferisce di due casi:

Il primo riguarda una donna di 21 anni che viene sottoposta a cura callossoterapica per una lesione del lobo superiore destro con reperto bacillare positivo, tosse, emoptae, deperimento, febbre. Inizia la cura in ospedale il 3-9-25 esce dall'ospedale il 10-11-25; resta incinta, il 20-8-26 partorisce una bella bambina che, data a balia, vive ed è sana; il 5-7-27 smette la cura; è guarita; quest'anno ha avuto un'altra gravidanza, ha partorito bene; allatta.

Nel secondo caso si tratta di donna di 25 anni con lesioni bilaterali prevalenti a destra, reperto bacillare positivo. deperimento, tosse, febbre, emoptae.

Inizia la cura il 23-I-25, quando, senza saperlo, è già incinta di circa un mese, esce di ospedale il 20-5-25 e continua la cura ambulatoriamente, partorisce il 19-7-25; il figlio dato a balia muore. Seconda gravidanza subito; secondo parto il 12-6-1926; il secondo figlio sta bene ed è sano.

La donna ha smesso la cura il 17-4-1929.

Il suo polmone destro è clinicamente e radiologicamente guarito; a sinistra si notano gli stessi fatti che esistevano all'inizio della cura.

La donna in complesso è assai migliorata.

Il dott. ALESSI insiste sulla importanza del pneumotorace ipotensivo in genere ed in ispecie in donna gravida, e nella discussione accenna ai *rari casi, ma certi,* in cui un *versamento durante la cura collassoterapica,* facendo smettere i rifornimenti, ha portato infine alla guarigione.

Sulla cooperazione fra medico-alienista e medico-condotto.

Prof. F. DEL GRECO. — Nel nuovo progetto di Legge per gli Ospedali Psichiatrici, si desidera che ad ognuno di questi Istituti vadano annesse *Sezioni aperte* e *Dispensarî* per neuropatici, psicopati iniziali o rapidamente curabili, per anormali psichici.

Questo reciproco aiuto e lavoro da molti anni s'invoca. Già nell'antica Legge ed annesso Regolamento di Stato (tuttora vigente), è il medico condotto quello, che fa un lavoro di *avanscoperta;* invia in *osservazione* gli psicopati all'Ospedale psichiatrico; redige le *Module informative;* e, quando l'infermo ne esce *in prova,* egli lo cura e non lo perde di vista. L'abilità del medico sta, anzichè nel sopprimere l'infermo dalla vita libera, di fuori, sta nel regolarne i rapporti con la famiglia e con le occupazioni ordinarie. La cura psicologica ha base in ciò. Quindi la importantissima faccenda delle *dimissioni in prova* e lo spinoso lavoro del medico condotto.

Ed una tale collaborazione diventa più stretta con i nuovi criterii di psichiatria sociale, la quale si estende dalla lotta contro i morbi preparatori di follia: lue, alcoolismo, malattie esaurienti, superlavoro, ecc. E va, oltre, verso la Clinica: il medico snida la psicosi *all'inizio.* Una infinità di nervosi, di esauriti, di emozionati, sono psicopati in formazione. Ed in sugl'*inizii* (Principiis obsta...) bisogna operare con metodi, terapeutico-medicinali, igienici, psicologico-sociali.

Disgraziatamente lo *Insegnamento Universitario Italiano,* insigne per meriti grandi, non risponde a questa modesta, delicata, urgente finalità.

Il sinergismo morfina-solfato di magnesio.

Dott. A. PUCA. — Tratta brevemente del sinergismo morfina-solfato di magnesio, di cui dà la dimostrazione sperimentale su preparati muscolari lisci (intestino) e striati (gastrocnemia di rana) per assicurare l'utilità terapeutica del miscuglio in tutte le forme in cui è dimostrabile un esaltato tono neuro-vegetativo.

Ricorda che questo sinergismo fu per prima intravisto da americani e poi applicato nella provocazione del parto indolore da ricercatori tedeschi, e dall'O. adottato allo svezzamento dei morfinisti, alla cura dell'avvelenamento stricninico e agli stati di eccitamento neuromuscolare da confusione mentale.

Importanza di alcune malformazioni della colonna vertebrale.

Dott. A. PUCA (in collaborazione con il dott. PALMIERI, radiologo dell'Ospedale Civile di Aquila). — Tratta di « alcune alterazioni del tratto sacro-lombare », in ispecial modo delle alterazioni congenite, presentando radiogrammi dimostrativi.

Su due casi di cisti da echinococco a localizzazione rara.

Dott. A. COLETTI. — Un caso riguarda una cisti da echinococco retrobulbare, in donna di venti anni, operata il 12 maggio u. s. e guarita perfettamente.

Un altro caso riguarda una cisti da echinococco della parete toracica posteriore, in donna di 35 anni.

In questo secondo caso la cisti, sorta tra pleura costale e muscoli intercostali, si è poi estrinsecata al disotto dei muscoli dorsali attraverso il secondo spazio intercostale sinistro, assumendo così l'aspetto, *di cisti a bottone di camicia.*

Anche questo secondo caso è stato operato ed è guarito completamente.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Etiologia del tracoma.

Gli esperimenti di H. Noguchi (*J. exp. Med. Supplem.*, 2, 48, n. 2, 1, 1928) hanno portato alla scoperta di un nuovo batterio (*Bacterium granulosis N. Sp.*) che l'A. crede essere l'agente del tracoma. Esso è un bacillo piccolo, mobile, gram-negativo. Inoculato nello chimpanzé, nel macaco e nel babbuino produce lesioni macroscopicamente e istologicamente simili a quelle del tracoma umano. Queste alterazioni si conservano attraverso parecchi passaggi. ENRICO.

Sulla coesistenza di due forme di bacillo tetanico in certe culture di questo microbo.

Da culture pure di bac. tetanico datanti da 3 a 4 mesi, P. Condrea (*C. R. Soc. Biol.*, n. 30, 1928) ha ottenuto quasi costantemente due diversi tipi di colonie. Uno è il tipo ben noto con la sua forma lenticolare ben delimitata e di dimensioni non superiori a 1-1,5 mm.; l'altro ha forma sferica, con un centro puntiforme denso e un contorno opalescente fioccoso, raggiunge in 48 ore il diametro di 1 cm., le colonie tendono a confluire e verso il 3° giorno danno colonie figlie. Mentre il 1° tipo ha sempre spore terminali, il 2° presenta spore terminali, subterminali o mediane. Solo i bacilli del 2° tipo sono mobili e provvisti di apparato ciliare.

L'A. ha in corso ricerche sul potere tossico e antigene e dai primi risultati avrebbe osservato notevoli differenze. Questi due tipi sono molto costanti: l'A. li ha ricavati da culture pure di ceppi diversi, tre dei quali provenienti dall'Ist. Pasteur di Parigi, e li trapianta in serie da sei mesi senza aver mai osservato la trasformazione di un tipo nell'altro. G. PACETO.

CASISTICA.

Diabete con crisi di ipoglicemia a ripetizione.

Merklen, Wolf e Adnot (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1929, n. 3) riportano l'osservazione di un diabetico, che aveva notevole glicosuria e forte glicemia. Alte dosi di insulina (240 unità) furono necessarie per fare scomparire la glicosuria; in seguito fu possibile ridurre l'insulina a 180 unità, in modo da avere uno stato di equilibrio che durò per sette mesi. Sopravvenne poi un periodo caratterizzato da grande instabilità della glicemia, che si dovette seguire passo passo, modificando continuamente le dosi di insulina, altrimenti si vedeva, o la manifestazione di accidenti acuti di ipoglicemia, o l'elevazione della glicosuria. Passato tale periodo, si stabilì l'equilibrio, con l'uso di 100 unità di insulina. Stabilizzazione, del resto relativa, poichè si fu poi costretti a restringere l'insulina a 80 unità, che furono ben tollerate con un minimo di incidenti.

Questa sindrome di ipoglicemia a ripetizione si osserva in alcuni diabetici, i quali hanno una particolare sensibilità all'insulina ed alla diminuzione dello zucchero. Abitualmente, nel diabete, non si ha nulla di simile; non si deve però confondere questa sindrome di ipoglicemia a ripetizione, con le crisi episodiche che si hanno in seguito ad errori terapeutici.

La sindrome di ipoglicemia a ripetizione può forse spiegarsi con l'assenza del parallelismo fra la comparsa delle prime manifestazioni ipoglicemiche e la quantità della glicemia. Può darsi anche che si debba fare intervenire una modificazione funzionale degli isolotti pancreatici, di cui l'attività potrebbe migliorare col trattamento insulinico a tal punto che alcuni autori sostengono che l'insulina è capace di rigenerare gli isolotti del Langerhans e di guarire il diabete. *fil.*

Sintomi addominali nel coma diabetico.

È noto che la nausea, i crampi allo stomaco ed il vomito, che si presentano in un diabetico, indicano al medico la minaccia di un coma. Talvolta però, vi sono sintomi addominali che suggeriscono piuttosto l'idea di una peritonite, per cui la diagnosi è molto più difficile.

Appunto su questo fatto richiama l'attenzione E. Viechmann (*Münch. Med. Wochens.* e *Endocrine Survey*, giugno 1929) e riporta l'osservazione di una donna di 34 anni in cui un malessere generale era stato accusato un paio di volte negli ultimi due anni, associato con cefalea intensa e dolore sacrale, nonchè con coliche addominali e vomito. La respirazione era superficiale, quasi esclusivamente costale; addome timpanico e molto sensibile alla pressione; vi era costipazione.

Durante uno degli attacchi, la temperatura era molto bassa, durante l'altro, non era aumentata; il polso era frequente. La glicemia era in un attacco 480 mg. per cento, nell'altro 380; zucchero, acetone, acido aceto-acetico nell'urina abbondanti.

Si sospettò un coma minacciante e si diede dell'insulina e, contemporaneamente, dello zucchero per via rettale. In poche ore, i fenomeni scomparvero.

L'A. conclude che il quadro di una peritonite in un diabetico, che mostra sintomi di acidosi oppure è in coma, non giustifica l'intervento operatorio, a meno che non vi siano sintomi spiccati. Le laparotomie fatte talvolta in questi casi dimostrano che spesso esse non erano giustificate. Ad ogni modo, è sempre possibile che anche in un diabetico si sviluppi una peritonite e, perciò, nella diagnosi si terrà presente anche tale possibilità. *fil.*

Circolo e respiro negli stati ipoglicemici.

Si considera generalmente la crisi di ipoglicemia come benigna, almeno nell'adulto. Non mancano però autori che consigliano delle precauzioni nella somministrazione dell'insulina quando l'apparato circolatorio non è intatto. S. Lauter e H. Baumann (*Deut. Arch. f. Klin. Medizin*, febbr. 1929) hanno osservato 3 casi di diabete ipertonico, in cui 3-5 ore dopo l'iniezione di insulina è sopravvenuto un attacco di apoplessia. Essi hanno quindi studiato, in una serie di 10 individui, di cui 8 diabetici, i fenomeni fisico-chimici che si hanno durante la crisi ipoglicemica ed hanno osservato che tale crisi nel diabetico può prodursi quando lo zucchero del sangue è normale od anche più elevato del normale.

L'onda T dell'elettrocardiogramma può diventare negativa o scomparire, il che dimostra un disturbo, almeno funzionale del miocardio. La quantità di sangue per minuto e per pulsazione è aumentata, mentre invece il polso varia di poco. Fortemente aumentata è la pressione venosa ed il sangue venoso si fa ricco di ossigeno, sebbene sia aumentato il consumo di ossigeno da parte dei tessuti.

Senza riportare estesamente gli interessanti risultati degli studi degli AA., basterà per il pratico ritenere che la medicazione con l'insulina rappresenta uno sforzo per l'apparato circolatorio, tanto più che l'associazione del diabete con l'ipertensione è abbastanza frequente. I vasi dell'individuo ipertèso possono dunque essere esposti a rottura. È specialmente durante il coma, quando si utilizzano delle dosi elevate di insulina, che tali incidenti sono più a temersi. È dunque necessario, in simile evenienza, di somministrare del glucosio per prevenirli; tale somministrazione si farà 2-4 ore dopo l'iniezione d'insulina, nel momento in cui la reazione circolatoria è più marcata.

fil.

TERAPIA.

Un rimedio poco noto della encefalite letargica.

Ne riferisce A. Clerici (*Gazz. Osped. e Clin.*, n. 21, maggio 1929), ed è stato usato con qualche successo nei postumi dell'encefalite letargica, che si manifestano con i disordini della condotta. Questi disturbi sono frequenti nei fanciulli, e si presentano con una irrequietezza anormale, un'assenza dei poteri inibitori sugli istinti e sulle emozioni primitive, la quale non può frenare i movimenti impulsivi, che talora degenerano fino alla malvagità e alla vendetta.

Tali disordini dipenderebbero da un disquilibrio tra le azioni dei centri corticali, a cui sono affidate le funzioni psichiche inibitorie superiori, ed i centri del mesencefalo, che presiedono ai processi delle emozioni. Questi ultimi verrebbero a trovarsi in uno stato di cronica eccitazione per effetto dell'encefalite sofferta.

Allorchè si manifestano questi disordini, non compaiono i frequenti sintomi parkinsoniani post-encefalitici; e se in un periodo successivo si rendono manifesti, essi influenzano beneficamente i disturbi di condotta.

La cura suggerita consiste nel somministrare 0,1-0,2 gr., tre volte al giorno, di bulbocapnina, alcaloide che si estrae dalla *corydalis cava* (o *bulbe creux*).

Tale droga produce dapprima una lieve sonnolenza; in seguito agisce sullo stato mentale dei pazienti diminuendone l'emotività, l'impulsività, l'irrequietezza, tanto che gli stessi ammalati notano e si meravigliano di questo nuovo stato psichico.

Nel parkinsonismo non ha alcun effetto.

L'assorbimento della bulbocapnina per via orale o per iniezioni è rapido; gli effetti si notano dopo circa mezz'ora; non va soggetta ad azione cumulativa, ma dopo qualche tempo si nota tendenza all'assuefazione, per cui bisogna aumentare la dose. I buoni effetti cessano con la sospensione della cura. La bulbocapnina agisce deprimendo il talamo-striato.

CARUSI.

L'Aconitum napellus in terapia.

Il sintomo fondamentale di molte malattie è il dolore: combattendo quello, non solo si solleva il paziente, ma qualche volta si elimina la causa esterna del dolore: l'infiammazione.

Il rapporto che esiste tra l'infiammazione e il dolore era già stato messo in evidenza da altri autori.

Tra le sostanze che maggiormente calmano il dolore allorchè esso ha origine nei nervi o nelle sue cellule formatrici, è l'aconito, il cui principale alcaloide, l'aconitina, è un veleno nervoso d'altissima potenza, con predilezione spiccata per le sfere sensitive, che ne vengono paralizzate quando ancora la motilità è in piena efficienza.

Pietrkowski e Schürmeyer (*Deut. Med. Woch.*, 30, 1929) hanno somministrato l'aconito — sotto forma di un preparato della ditta Krause di Monaco — in casi di pleurite secca, di artrite deformante, di affezioni articolari, di nevralgia del trigemino e in casi di dolori reumatici di dubbia origine, sempre con esito assai favorevole.

V. SERRA.

Nella pertosse.

Marfan consiglia:

Bromoformio	gocce	48
Olio di mandorle dolci		
Gomma arabica		
Sciroppo di fiori d'arancio	ana g.	15
Acqua q. b. per	cmc.	120

S. IV gocce al giorno per anno d'età.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla pustula carbonchiosa. — Al dott. A. F., da T.:

Già nel '25 uno dei miei assistenti, il dottor Scollo, ha pubblicato sulla Sezione chirurgica del *Policlinico* un lavoro « Contributo clinico

statistico allo studio del carbonchio esterno » che rispecchia le direttive da me seguìte.

Ma io spero che il suo desiderio sarà esaudito, perchè altro contributo è in preparazione per mio consiglio su esperienza molto più larga e documentata in tema di carbonchio. In esso sarà meglio tracciata la differenza tra carbonchio cutaneo (processo localizzato) e setticoemia carbonchiosa e saranno messe nella vera luce tutte le note cliniche delle due forme e il valore delle terapie usate.

Se anche una parte dell'attività del medico di fronte al malato sembrerà stroncata da questa esperienza, non deve la conclusione scoraggiare: il vantaggio del malato ne sarà la diretta conseguenza.

T. PONTANO.

VARIA.

L'abitudine.

L'abitudine è uno degli attributi più importanti del mondo biologico. L'abitudine è insieme al ritmo la condizione essenziale della vita. L'abitudine è un assuefazione che si acquista con la ripetizione ed è legata a uno dei caratteri fondamentali della vita organica per cui gli atti ripetuti diventano sempre più facili ed automatici. L'abitudine è adattamento ed è subordinata alla legge del minimo sforzo Ogni nuovo atto implica uno sforzo e perciò ogni essere vivente persevera in quelli ripetuti. L'abitudine è smontata dalla stanchezza e dall'esaurimento, ed è perciò che è corretta dal ritmo.

Il ritmo è insito in ogni fenomeno fisico, biologico e spirituale.

Le vibrazioni della luce, dell'elettricità, del suono sono ritmi incessanti; la vita delle cellule è legata ad un ritmo di attività e di riposo; la vita degli esseri viventi è subordinata ad un ritmo di veglia e di sonno; la storia dei popoli ha le sue oscillazioni di luce e di tenebre; le manifestazioni artistiche, sopra tutto la musica e la danza, soddisfano questo bisogno istintivo dello spirito che è il ritmo.

Il ritmo sembra il contrario dell'abitudine, ma in fondo il ritmo è anche esso abitudine.

L'abitudine che è assuefazione nel mondo organico, diventa costanza nel sentimento, coerenza nel pensiero.

La vita individuale e sociale è dominata dall'abitudine.

La volontà nella formazione delle abitudini entra solo come fatto iniziale. Anche nei soggetti meno forti l'abitudine ripete la sua origine da un fatto volontario, cosciente; per lo meno essa dà la adesione alla discesa verso una china che è difficile rimontare. L caduta nell'automatismo e nella soggezione è la conseguenza di questa abdicazione consapevole. Tutte le abitudini viziose non dipendono da mancanza di volontà, ma dalla sua debolezza. Gli individui forti sanno tempestivamente reagire alla formazione di abitudini non convenienti, e quel che è più sottrarsi al dominio di quelle già formate. Questa proprietà dello spirito è per lo più innata, ma l'educazione può contribuire a rafforzarla. Lo sforzo degli educatori dovrebbe essere inteso non solo ad evitare nei ragazzi la formazione di abitudini cattive, ma anche ad irrobustire la capacità di sottrarvisi.

L'uomo deve tendere a far diventare sempre consapevoli le abitudini, a che queste siano scelte e non subìte, che insomma l'abitudine diventi un metodo.

Nel campo fisio-patologico e dell'igiene l'abitudine ha grandissima importanza.

Buon numero di disturbi e di malattie sono dovuti a cattive abitudini. Valga per tutte ricordare quelle del fumo, degli stupefacenti e degli inebrianti.

E così vi sono abitudini indecorose e pericolose, come quella di sputare, che non rispondono a nessuna finalità fisiologica ed a nessuna soddisfazione di piacere.

È interessante anche accennare alla importanza che è stata di recente riconosciuta alle abitudini come creatrici di riflessi condizionali, che danno ragione di tanti fatti fisiologici e psicologici.

In fatto di terapia rimane sempre osservabile il precetto di Ippocrate che raccomanda di non contrariare mai eccessivamente le abitudini dei malati.

Le abitudini del sentimento sono le più instabili, si spengono facilmente con la soddisfazione del desiderio che le ha fatte nascere. Gli stati sentimentali non si sostengono a lungo. La voce del cuore non canta sempre sul medesimo tono. Il calore del sentimento si raffredda ben presto e tal volta più rapidamente quanto più cure si mettono per rinfocolarlo.

In fatto di sentimento l'abitudine è perniciosa. L'amore è ucciso dalla convivenza, e questa non è più possibile se non subentrano sentimenti di altra natura.

La tradizione è l'abitudine trasmessa attraverso generazioni, è l'abitudine di una razza.

La tradizione si ostina contro ogni tentativo di violarla, è una specie d'istinto di conversazione. L'amore della tradizione è incorporata alla vita stessa degli individui e costituisce la base dei costumi, il tono della mentalità e del temperamento dei popoli.

Ogni tentativo di violare la tradizione trova resistenze fortissime, e ogni tentativo d'innovazione non può fare a meno, senza rischio di fallimento, di tener conto delle abitudini, dei costumi, delle idee del passato.

Le rivoluzioni hanno tanto maggiori possibilità di successo quanto meno violentemente urtano le tradizioni dei popoli.

Di questa saggezza positiva hanno dato prova sopra tutto gli inglesi presso i quali ogni audacia innovatrice è accompagnata dal rispetto delle tradizioni almeno per quello che riguarda le forme.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Belluno. *Ospedale Civile.* — Medico primario pediatra; L. 8000 e 4 quadrienni dec., percentuale; età lim. 35 a.; rivolgersi all'Amministraz.

Castelnuovo Cilento (*Salerno*). — Scad. 31 ott. Rivolgersi Segreteria.

Corinaldo (*Ancona*). — Scad. 30 ott.; 2ª condotta e servizio chirurgico nell'Ospedale; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; chiedere condizioni.

Enna. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio iniziale L. 14.400 con aumenti quadriennali di L. 600; L. 700; e L. 800. Indennità servizio attivo L. 3700 e caro-viveri. Ritenute come per legge. Limite d'età secondo art. 9 decr. N. 155 del 16 gennaio 1927. Domande e documenti non più tardi delle ore 18,30 del 30 novembre. Per qualsiasi altro chiarimento rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Laviano (*Salerno*). — Per titoli. Scadenza 20 novembre. Per chiarimenti circa stipendio ed altre modalità del concorso, rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Merano (*Bolzano*). *Cassa circondariale di malattie.* — Con avviso del 10 ottobre è stato aperto il concorso, per titoli, al posto di medico odontoiatra del gabinetto dentistico istituito nella sede della cassa. Stipendio annuo L. 16.800 lorde delle ritenute di legge, senza aumenti periodici. Le domande, in carta da bollo da L. 2, con vaglia di L. 50,10 e prescritti documenti, debbono pervenire alla Direzione della Cassa entro le ore 18 del 10 novembre 1929. Per notizia sui documenti od altri chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Cassa.

Milano. *R. Prefettura.* — Con avviso del 16 corrente è stato aperto il concorso al posto di medico capo-ufficiale sanitario del comune di Milano. Pubblicheremo integralmente il bando nel prossimo numero 43.

Mornico al Serio (*Bergamo*). — A tutto 5 nov.; ab. circa 2000; iscritti c. 700; L. 8000 oltre addiz. L. 5 per ogni iscritto all'assist. med.-chir., L. 2 per ogni iscritto alla sola assist. farmac.; L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., L. 120 assicur., c.-v., 5 quinquenni dec.; età lim. 45 a.

Napoli. *R. Stabilimento dell'Annunziata.* — Assistente chirurgo addetto alla Maternità; età lim. 25-30 a. (al 1° ott.); nom. e conferma quinquennali; L. 3000 (*sic*) annue. Rivolgersi alla Segreteria del Pio Luogo. Scad. ore 15 del 30 ott.

Orciano di Pesaro (*Pesaro Urbino*). — A ore 12 del 5 nov.; 1ª condotta; L. 8000 oltre bienni, c.-v., serv. att. e L. 3000 cav.; età lim. 24-35 a.; tassa L. 50,10; preferenza ai titoli di pratica chirurg. ed ostetrica.

Quartu S. Elena (*Cagliari*). — Scad. 5 nov.; L. 8000 oltre c.-v.; età lim. 45 a.

Roma. *Ferrovie dello Stato.* — Il concorso a medico di reparto per Monfalcone, dell'Ispettorato Sanitario di Trieste, è annullato a tutti gli effetti.

Il concorso a medico di reparto per Pertile, dell'Ispettorato Sanitario di Trieste, andato deserto, verrà nuovamente indetto.

Rovereto (*Trento*). — Scad. 26 ott.; per Borgo Sacco; ab. circa 2400; L. 6800 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2200 indenn. abitaz., c.-v.; tasse L. 50.15; età lim. 35 (39) a.

Sellano (*Perugia*). — Proroga a tutto 31 ott.

Siracusa. *Comune.* — Scad. 27 ott.; condotta per Cassibile; L. 10.000 oltre indennità serv. att. L. 1200 ridotte come per legge; 4 quadrienni dec.

Spoleto (*Perugia*). — A tutto 31 ott., per S. Anatolio Scheggino; L. 9000 oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 500-2000-4000 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. al 30 sett.

Suardi (*Pavia*). — Scad. 31 ott.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat., L. 300 (*sic*) uff. san., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

Terni. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli. Direttore Sezione Medico-Micrografica ed assistente Sezione Chimica Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi. Direttore, stipendio L. 14.500, cinque aumen. quinquennali di L. 1250 ciascuno e L. 2500 servizio attivo. Assistente, stip. L. 10.000, cinque aumen. quinq. di L. 950 ciascuno e lire 2000 servizio attivo. Indennità caro viveri se dovuta e come per altri dipendenti Provincia. Stipendi e indennità sono al lordo di ritenute legge. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scadenza 30 novembre.

Terni, *Comune.* — Medico scolastico; L. 6000 (*sic*) e 5 quinquenni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v., indennità servizio fuori residenza; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 ott.; accettaz. entro 10 gg., assunz. servizio entro 30 gg. Scad. ore 18 del 15 nov. Rivolgersi Segreteria Comunale (1ª Divis.). È anche aperto il conc. a 2 posti di vigilatrice scolastica.

Treviso. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore medico. Stipendio annuo L. 24.000 aumentabili fino al massimo di L. 33.600. Indennità carica L. 7000 annue. Scadenza 15 novembre.

Varallo Sesia (*Vercelli*). — 1ª condotta; proroga a ore 16 del 31 ott.; ab. 4330; L. 8000 oltre L. 500 bicicl., dieci bienni ventes.; certific. buona condotta morale, civile e politica; tassa L. 50,15; età lim. 44 a.; doc. a 3 mesi dal 23 sett.

Varallo (*Vercelli*). — Per titoli ed esami. Ufficiale Sanitario. Stipendio L. 16.000, oltre caro viveri ed aumenti periodici, come per altri impiegati. Potrà essere concesso esercizio della professione. Scadenza 31 ottobre. Per altri chiarimenti rivolgersi al Municipio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Santangelo, direttore del laboratorio di anatomia patologica dell'Ospedale Psichiatrico di Palermo, in esito a concorso è nominato direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere e del nuovo Ospedale Psichiatrico di Mantova, ora riuniti sotto unica amministrazione ed unica direzione.

Al prof. Karl Friedrich Wenckebach è stata conferita la Grande Distinzione d'Onore per servigi resi alla Repubblica Austriaca.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Cose dell' Università

Per l'anno accademico 1929-30, venne aperto il concorso per il conseguimento della borsa di studio di lire 2500 annue, borsa istituita presso la nostra Università allo scopo di onorare la memoria del compianto Rettor Magnifico cav. di gran croce prof. Luigi Lucatello. La borsa è destinata a favore di uno studente del secondo triennio della facoltà medico-chirurgica.

I concorrenti devono essere iscritti all'Università Padovana, avere la nazionalità italiana, provare di trovarsi in disagiate condizioni economiche e d'essere di buona condotta morale e civile. Si richiede inoltre che abbiano conseguita la media di ventiquattro trentesimi durante il primo triennio, e di ventisette negli esami sostenuti durante il secondo triennio.

La domanda di partecipazione al concorso deve essere presentata al Rettore dell'Università, in carta da 2 lire, entro il 15 novembre, allegandovi i documenti per i richiesti requisiti.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

3° Congresso nazionale antitubercolare.

Abbiamo già dato notizia della cerimonia inaugurale. Sui lavori riferiremo prossimamente. Il Congresso si è chiuso con elevati discorsi del prof. Paolucci, della marchesa Targioni e del prof. Manfredi. A sede del prossimo Congresso venne proclamata Bologna.

In collegamento con questo Congresso si è riunita, sotto la presidenza del sen. Maragliano, la Società italiana fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Dopo un discorso del sen. Maragliano è stato svolto il tema: « Modalità di guarigione della tubercolosi polmonare », relatori i proff. Soli di Palermo e Costantini di Bologna. Si è passato quindi al secondo tema: « Indagini sulla percentuale di tubercolosi latenti e complessi primari accertabili radiologicamente tra la popolazione infantile di una zona rurale », relatori i proff. Busi di Roma e Paolucci di Parma. Alle relazioni sono seguite discussioni cui hanno partecipato vari congressisti; ad essi hanno risposto esaurientemente i relatori.

2° Congresso delle Crocerossine.

Si è svolto a Palermo in occasione del Congresso antitubercolare. All'inaugurazione intervenne il sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale, S. E. Di Marzo. Parlarono il podestà principe Spadafora, la contessa Monroe ispettrice regionale, l'avv. Marrone segretario della C. R., la signorina Fambri segretaria generale delle infermiere professioniste; poi l'on. Di Marzo pronunziò un magnifico discorso, esaltando l'alta missione della santa milizia femminile. La marchesa Targiani lesse le adesioni di S. A. R. la duchessa d'Aosta, di S. A. la duchessa delle Puglie e di S. E. Turati.

8° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Si è svolto, come avevamo annunziato, a Napoli, dal 10 al 12 corr.

La cerimonia inaugurale ebbe luogo in forma solenne, all'Università. V'intervennero in gran numero gli studiosi specializzati, le autorità, gli invitati. Il R. Commissario Almansi dette il benvenuto; l'on. prof. N. Castellino, presidente del Comitato ordinatore, tenne poi uno smagliante discorso inaugurale; parlarono anche il prof. Devoto, chiamato alla presidenza del Congresso, e l'on. Razza, a nome della Confederazione generale fascista degli agricoltori.

I lavori hanno assunto considerevole sviluppo; sono stati intramezzati da gite di studio e da trattenimenti.

Ne riferiremo in un prossimo numero.

1° Congresso nazionale di anatomia.

Con largo intervento di studiosi si è tenuto a Bologna, dall'8 al 10 corr., il primo Congresso indetto dalla Società italiana di anatomia, sotto la presidenza del prof. Adriano Valenti. Vi furono presentate numerose relazioni e comunicazioni nel campo dell'anatomia macro- e microscopica.

Venne approvato lo Statuto sociale.

Nella seduta amministrativa sono stati nominati per l'anno venturo: presidente il prof. Chiarugi di Firenze; segretari i proff. Luna di Palermo e Beccari di Firenze; tesoriere il prof. Castaldi di Cagliari.

9° Congresso nazionale di Radiologia Medica.

Si svolgerà in Torino nel maggio 1930, sotto la presidenza del prof. M. Bertolotti.

È intento della presidenza di porre a punto le questioni inerenti a due temi di particolare importanza clinica.

Il primo tema riguarda la: *Diagnosi radiologica dei tumori intracranici* ed è affidato a due relatori, il Nuvoli di Roma che svolgerà la parte di anatomia radiografica normale cranica, ed il Montovani di Ancona che svolgerà la parte inerente all'indagine radiologica dei tumori basilari dell'encefalo.

Il secondo tema riguarda le: *Cure delle emopatie con le radiazioni* ed è affidato a due relatori, il Siciliano di Firenze ed il Bignami di Pavia ai quali si aggiungerà l'illustre clinico di Pavia prof. Ferrata che illustrerà, in una conferenza, le questioni cliniche più importanti inerenti all'argomento.

I temi scelti e le persone a cui è affidata la trattazione danno affidamento che i lavori scientifici del Congresso saranno del più alto interesse e permetteranno la più proficua discussione in argomento.

In attinenza a deliberazioni prese si tratteranno in Sede di Congresso solamente quelle comunicazioni che riguarderanno i temi scelti. Inoltre perchè ogni comunicazione possa essere debitamente svolta, la Presidenza rende noto che solo verranno accolte le comunicazioni di cui perverranno *titolo e sunto entro il mese di febbraio 1930.*

Al Congresso sarà annessa un'importante Esposizione di materiale Radiologico Nazionale ed Estero.

Convegno di radiologi a Palermo.

Il 9 corr. ha avuto luogo a Palermo un convegno dei radiologi dell'Italia centro-meridionale e delle isole, con l'intervento di professori tito-

lari o incaricati di radiologia nelle Università di Roma, Napoli, Bari, Cagliari, Palermo, Messina e Catania. Nel convegno sono state discusse interessanti comunicazioni.

5° Congresso internazionale di Fisioterapia.

Si terrà a Liegi dal 4 all'8 settembre 1930, sotto la presidenza dei proff. Gunzburg e De Munter. Comprenderà cinque sezioni ognuna delle quali si occuperà di argomenti messi all'ordine del giorno e cioè:

Fisioterapia: 1) Risultati recenti e tardivi dell'educazione fisica; 2) Fisioterapia dei traumatismi del gomito (osteoma del brachiale anteriore, lesioni nervose immediate e lontane, ecc.); 3) Cura kinesiterapica delle affezioni del tubo digerente.

Radioterapia: 1) Patologia e cura delle anemie post-radioterapiche; 2) Radioterapia delle ipertiroidie mono- e oligo-sintomatiche; 3) La radiobiologia sperimentale e i suoi rapporti con le forme d'applicazione terapeutica.

Idrologia: 1) Azione delle cure di acque minerali sul metabolismo e sugli scambi nutritizi; 2) La radioattività delle acque minerali; 3) Cura della nevrastenia con la balneoterapia.

Elettrologia: 1) La cronassia nelle affezioni miopatiche; 2) Tubercolosi e diatermia; 3) Tecnica e indicazione della ionizzazione.

Attinologia: 1) Studio degli alimenti e provitamine irradiati; 2) Studio comparativo dell'arco dei differenti elettrodi metallizzati e della lampada a vapore di mercurio sulle reazioni biologiche e chimiche; 3) La lotta contro il ciarlatanismo; l'ultravioletto ai medici.

Inoltre, in sezioni riunite saranno trattate due questioni d'indole generale, e cioè: 1) Reumatismo e fisioterapia; 2) Fisioterapia dei tumori dell'encefalo.

Quote d'iscrizione: franchi belgi 150 per i membri effettivi, 75 per gli aderenti. Inviare l'adesione al Segretariato generale a Liegi, rue Louvrex 25, e contemporaneamente la quota al Dr. Keyser sul conto corrente 106-199 a Bruxelles. Segretario per l'Italia: prof. Giulio Ceserole, Ospedale Civile, Venezia.

2° Congresso internazionale di Pediatria.

È indetto a Stoccolma dal 17 al 20 agosto 1930. Le comunicazioni devono essere presentate non oltre il 1° marzo 1930, affinchè possano essere stampate e distribuite anticipatamente. È bene che le adesioni siano inoltrate al più presto, affinchè il Comitato possa valutare il numero approssimativo dei partecipanti e disporre in tempo utile per gli alloggi. Esse vanno occompagnate dalla quota d'iscrizione, in venti corone svedesi. Per evitare errori, si raccomanda che i nomi e gli indirizzi dei partecipanti siano scritti in caratteri stampatelli o dattilografati.

Inviare le adesioni all'indirizzo: Deuxième Congrès International de Pédiatrie, Stockholm, Suède. Indirizzo telegrafico: Pédiatrie, Stockholm.

8° Congresso Medico Cinese.

L'8ª Conferenza biennale dell'Associazione Medica Nazionale della Cina si adunerà a Sciangai dal 4 all'8 febbraio 1930, ossia subito dopo il capo d'anno cinese. Oltre a temi strettamente scientifici, verranno discussi alcuni argomenti d'interesse professionale e specialmente lo statuto dell'Associazione, in rapporto al *desideratum* espresso dal ministero dell'igiene, perchè sia costituita un'Associazione che abbia valore rappresentativo di tutta la classe.

Per eventuali informazioni e chiarimenti rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore: The Chairman of the Programme Commettee, National Medical Association Conference, Shanghai, Cina, via Siberia.

Per lo studio della poliomielite.

La Società Belga di Neurologia e la Società Belga di Pediatria hanno risoluto di tenere una seduta in comune, consacrata allo studio della poliomielite. Si adunerà il 26 ottobre a Bruxelles, presso la « Fondation Universitaire » (rue d'Egmont 11). Il dott. L. Van Bogaert riferirà in specie sulle forme fruste, sui sintomi iniziali e sul riconoscimento delle malattie precoci; il dott. R. Duthoit parlerà della cura durante lo stadio acuto; seguiranno le comunicazioni che possono anche esser fatte per corrispondenza.

Per eventuali informazioni rivolgersi al dr. Albert Delcourt, rue de Trèves 73, Bruxelles.

Altri Congressi medici.

Dal 16 al 18 novembre si terrà a Monaco un Congresso tedesco di ortopedia.

Dal 28 al 30 ottobre si terrà a Barcellona un Congresso internazionale per lo studio del cancro.

Corsi di tisiologia per medici stranieri in Italia.

Il Commissario prefettizio degli Istituti ospedalieri Milanesi, avv. Marolla, dietro proposta del nuovo direttore del Sanatorio di Garbagnate, dott. Polastri, ha promosso dei Corsi di Specialità per Medici stranieri e specialisti, allo scopo di sfruttare il largo materiale del Sanatorio e la valentia dei tecnici prepostivi.

I medici stranieri vennero gratuitamente ospitati dall'Amministrazione ospedaliera.

Il successo del Corso dimostra l'importanza assunta dall'Istituto presso il mondo specialistico straniero, che giornalmente accorre per visitare il più grande Sanatorio d'Europa e che lo frequenta per apprendere, dai valorosi e rinomati tecnici prepostivi, tutti i più moderni interventi per la cura della tubercolosi.

Insegnamento medico post-universitario a Londra.

Per promuovere l'istruzione di perfezionamento dopo ultimati gli studi medici, si è costituita a Londra « The Fellowship of Medicine de Post-graduate Association ». Nei quaranta ospedali di Londra, con cui l'Associazione è in rapporto, hanno luogo, durante tutto l'anno, dei corsi speciali svariati; inoltre sono offerte facilitazioni per il lavoro clinico, sono organizzate regolarmente conferenze e dimostrazioni cliniche. Per seguire i corsi è indispensabile di conoscere l'inglese.

Il programma provvisorio per il 1930 può esser chiesto fin da ora. L'Associazione sarà sempre lieta di fornire consigli e facilitazioni ai medici

che visitano Londra. Rivolgersi alla Segreteria (Wimpole Street 1, London W. 1).

Scuola Dentaria Belga.

L'« Ecole Dentaire Belge » organizza un corso completo di studi. In seguito a intese con le scuole omologhe di Parigi, gli insegnanti di queste scuole vi terranno dei cicli di conferenze. Per informazioni rivolgersi alla direzione, Chaussée d'Etterbeck 166, Bruxelles.

L'Assistenza manicomiale in provincia di Venezia.

Si sono prese al riguardo iniziative di non lieve importanza. Come si è deliberato per Roma, si è creato anche a Venezia un Dispensario per la profilassi delle malattie mentali, con Patronato per i malati dimessi dal Manicomio; si hanno questi scopi precisi: 1) dare alla popolazione povera della Provincia un luogo di consultazione gratuita per le malattie della mente intorno alle quali ci sono tuttora — e non solo nelle classi diseredidate — pregiudizi, incomprensioni, diffidenze nocive; 2) assistere moralmente e materialmente il malato di mente dimesso — per guarigione o per miglioramento — dall'ospedale psichiatrico; 3) raccogliere notizie intorno al modo di manifestarsi delle psicopatie, all'ambiente nel quale si sviluppano, all'eredità che grava su di esse. Le consultazioni del Dispensario sono salite nel primo biennio ad un migliaio; altrettanto può dirsi per il Patronato. E ciò sta a dimostrare il successo di queste iniziative che Venezia ha voluto attuare, primissima tra le Provincie d'Italia.

Nè meno interessante è l'Istituto medico pedagogico creato per i deficienti e quello per i sordomuti, inaugurato di recente a quattro chilometri da Mestre, in aperta campagna.

La lotta contro il tracoma nel Salento.

La costituzione dell'Ente Provinciale per la lotta contro il tracoma è, com'è noto, dovuta all'on. Starace. Esso ha contribuito a circoscrivere nella provincia le proporzioni di una malattia la quale, per la sua diffusione e per la sua persistenza, rappresenta una delle maggiori piaghe sociali.

Il propagarsi di tale malattia — specialmente nel periodo post-bellico — aveva finito col minare seriamente la salute delle popolazioni, nell'organo più necessario e delicato, qual'è quello visivo.

All'opera risanatrice opponevasi un ostacolo consistente nella stessa psicologia delle masse lavoratrici insofferenti di cure a lunga scadenza, specialmente quando per sottoporvisi si rendeva necessario il recarsi in altro comune, abbandonando sia pure per breve ora il proprio paese e la propria occupazione. Si venne così nella determinazione di portare l'ambulatorio al tracomatoso, istituendo un ambulatorio per ogni comune.

Gli ambulatori, il cui numero fino allo scorso anno non oltrepassava 21, per la efficacissima azione del Prefetto Formica sono stati portati a 46 e distribuiti in quei centri abitati dove maggiormente la malattia era andata propagandosi; senza contare i tre attrezzatissimi dispensari di Lecce, Maglie e Gallipoli. Si calcola ad un di presso che dalla istituzione dell'Ente ad oggi si siano complessivamente effettuate sia nei dispensari che negli ambulatori non meno di 160.000 medicazioni con risultati tanto soddisfacenti che il Ministero dell'Interno ha creduto di accordare testè e dietro interessamento del Capo della Provincia S. E. Formica un sussidio di 30.000 lire a favore dell'Ente.

Il nuovo ospedale di Lovere.

Viene ultimandosi nella graziosa cittadina del Sebino, ai confini delle due provincie di Bergamo e Brescia. Sorge in una delle più ridenti posizioni del paese ed è stato costruito secondo i più rigorosi criteri della moderna ingegneria sanitaria.

Due sono i reparti di chirurgia con le relative sale di medicazione, due i reparti di medicina e due quelli per le malattie infettive contagiose. Inoltre vi sono 14 camere per degenti a pagamento con un totale di 80 letti, elevabili a cento. È dotato di un'ampia sala operatoria con annessi locali per la sterilizzazione, per la preparazione degli operandi e per la sosta degli operati. Caratteristiche del nuovo ospedale sono le grandiose e luminose verande e i giardini interni. Il fabbricato è pure dotato di un'ampia terrazza per l'elioterapia. Attiguo all'ingresso sono la poliambulanza, il reparto per le cure fisiche, il gabinetto radiologico, il dispensario antitubercolare, i bagni medicati ed i gabinetti per le ricerche chimiche e batteriologiche.

La costruzione e la messa in funzione sono costate quasi un milione di cui L. 825.092,25 raccolte tra oblatori. Non mancano che poco più di 100 mila lire perchè le condizioni economico-finanziarie dell'ospedale siano completamente risolte.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha concorso con 200.000 lire. In riconoscenza di questa generosa offerta l'amministrazione dell'ospedale ha dedicato una delle due sale di chirurgia al nome dell'on. De Capitani d'Arzago.

Alla tenacia del comm. Filippo Martinoli, presidente della Congregazione di Carità, si deve se l'ospedale di Lovere è oggi un fatto compiuto.

Centro diagnostico per tumori a Brescia.

E' stato istituito, a cura dell'Amministrazione degli Spedali Civili e col concorso della Sezione provinciale della Lega contro il Cancro, con sede provvisoria presso gli stessi Spedali. Per l'ammissione alle consultazioni, che hanno luogo ogni mercoledì, i pazienti devono essere accompagnati dal proprio medico, o da una richiesta del medesimo, coi dati anamnestici ed obbiettivi; della risultanza degli accertamenti si dà comunicazione scritta. Gli accertamenti sono gratuiti.

Per il Sanatorio dei bambini a Cuasso al Monte.

La presidenza del Comitato Provinciale della Croce Rossa Italiana di Milano ha ricevuto in questi giorni una lettera della Duchessa delle Puglie, nella quale S. A. R. dichiara di accettare ben volentieri il Patronato dell'erigendo Sanatorio per Bambini che sorgerà quanto prima in Cuasso al Monte (Varese).

La Presidenza Generale della Croce Rossa ha erogata la somma di L. 100.000 a favore del Sanatorio stesso.

La colonia marina della C. R. I. di Porto Said.

Si è chiusa da pochi giorni, a Porto Said, la Colonia Marina della Croce Rossa Italiana, fondata nel 1925 dal dott. Dori, delegato della C. R. I.

Essa ha potuto, per l'aiuto di tutta la colonia europea d'Egitto, nonchè per l'appoggio del Governo Egiziano, della nostra Croce Rossa e delle nostre autorità, ingrandirsi man mano e svilupparsi sempre più.

Quest'anno, dopo essersi infatti ingrandita di 200 mq., ha ricoverato 200 bambini dei quali un terzo italiani, un terzo israeliti ed un terzo delle più diverse nazionalità.

Un terzo di questi fanciulli fu ricoverato gratuitamente, un terzo a carico parziale di varie Società di beneficenza ed un terzo a carico completo delle Società di beneficenza.

E' già allo studio, per l'anno prossimo, un nuovo ingrandimento della fiorente istituzione, che gode in Egitto tante simpatie e che, dato l'appoggio che le è sempre stato concesso dalla C. R. I., diverrà presto la migliore istituzione del genere in Egitto, dove, del resto, le Colonie Marine sono ancora allo stadio iniziale.

Per l'assistenza ai danneggiati dall'alluvione in Sardegna.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha versato e messo a disposizione 30.000 lire per i soccorsi alle madri ed ai fanciulli maggiormente colpiti dall'alluvione prodottasi nella zona del Sulcis.

Elargizioni e lasciti.

Il conte Rodolfo Crespi, industriale di Busto Arsizio, residente a San Paolo del Brasile, venuto in Italia, prima di tornare in America, dove recentemente è stato assassinato suo figlio Dino, ha voluto ricordare la città nativa, offrendo un milione di lire in titoli dello Stato a favore della Congregazione di Carità di Busto, come segno di devoto omaggio alla memoria di Enrico Dell'Acqua, al quale era legato da speciali vincoli di amicizia e di gratitudine.

Sistemazione dei medici in Russia.

Tutti i medici sono impiegati dello Stato, la pratica privata è quasi completamente abolita. Lo stipendio dei medici delle città e della campagna è uguale, e ciò per impedire l'ammassarsi dei medici nelle grandi città. Lo stipendio mensile è attualmente calcolato con 110 rubli, che con qualche entrata accessoria può arrivare a 150. Le paghe aumentano gradualmente. I medici sono inquadrati nella corporazione dei lavoratori sanitari. Essa abbraccia tutte le persone dallo specialista medico alla inserviente occupata nel servizio medico. Con questo raggruppamento corporativo è sorto un rapporto collegiale oltremodo favorevole fra le singole categorie professionali e l'orgoglio accademico è interamente scomparso... Tutte le istituzioni mediche hanno commissioni di sorveglianza e di controllo formate dagli ammalati, dalle quali può essere chiamato a giustificarsi persino il medico direttore!

Decremento di medichesse in Inghilterra.

Il numero delle studentesse in medicina in Inghilterra è gradatamente disceso da 2020 nell'anno scolastico 1923-24 a 1146 nell'anno 1927-28; ossia si è quasi dimezzato nel corso di un quinquennio. Le donne avevano risposto all'appello quando se n'era fatto sentire il bisogno, durante la guerra, a causa della mobilitazione dei medici. Poi il movimento era continuato ancora per qualche anno; ora però le donne tendono ad allontanarsi dalla medicina, che importa un lungo e costoso periodo di studi difficili e un tirocinio ulteriore e, per di più, non assicura guadagni paragonabili a quelli di altre professioni meno faticose e meno soggette ad alee.

Elevamento degli stipendi a professori universitari.

L'Università Yale, del Connecticut, avendo ricevuto cospicue donazioni, ha deliberato di elevare gli stipendi ai professori. Il minimo è portato da dol. 5000 a 6500; il massimo da dol. 7000 a 9000. Gli aumenti importano dunque da dol. 1500 a 2000 (ossia da circa 30.000 lire it. a circa 40.000). Per gli istruttori (assistenti) la paga attuale va da dol. 2100 a 3000.

“ Numerus clausus ,, per gli studenti medici al Cile.

Il Governo cileno ha limitato ad 80 il numero delle nuove iscrizioni nei corsi di medicina per l'anno scolastico 1929-30.

Una Commissione procederà alla scelta dei candidati, in base ai voti riportati durante gli ultimi 3 anni di studi secondari nelle seguenti materie: fisica, chimica, biologia e due lingue (francese ed inglese o tedesco); inoltre vi saranno una prova scritta ed una orale sulle stesse materie. La Commissione sarà composta da professori della Facoltà medica e dell'Istituto pedagogico.

Milizia igienica.

Presso l'Università di Siena si è costituito un gruppo di 25 studenti in medicina, i quali hanno assunto l'impegno di adoperarsi, durante le vacanze scolastiche che ora si chiudono, di diffondere le nozioni e la pratica dell'igiene fra il popolo. Il prof. Sclavo, promotore dell'iniziativa, ebbe cura d'illustrare tutto l'indirizzo da seguire. Raccomandò di mettersi in relazione con le Autorità fasciste, con gli insegnanti elementari e con i sacerdoti. Distribuire libri ed opuscoli di propaganda. Insistette sulle istruzioni da impartire per l'allevamento del bambino; sulla lotta contro le mosche, contro i pidocchi e contro ogni genere di sudiciume, onde ingenerare abitudini di pulizia; ricordò le norme per la lotta contro la malaria; consigliò di occuparsi dell'educazione fisica dei balilla; raccomandò di non perdere l'occasione per fare esami asmatici accurati dei bambini, raccogliendo fatti che potranno poi avere interesse per la clinica. Ognuno dei presenti si obbligò di tenere precisa nota di quanto rimarrà ad operare. Ad uno studente, Gragnoni, fu affidato l'incarico di vigilare sullo svolgimento del programma, tenendosi in relazione coi compagni.

La Festa del Fiore a Lecco.

Il 29 settembre è stata celebrata in Lecco la Festa del Fiore alla quale ha partecipato con entusiasmo l'intera cittadinanza. L'esito della medesima è stato soddisfacentissimo.

I fondi raccolti andranno ad aumentare i cespiti del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Como che quest'anno ha allargato la propria azione con l'apertura di tre nuovi dispensari a Erba, Cantù e Merate.

Nella circostanza il Direttore dell'Istituto Vittorio Emanuele III in Lecco e del locale dispensario, dott. Gianni Pirani, ha tenuto nel Teatro Sociale della città, dinanzi a numeroso pubblico, una interessante conferenza sul tema: « Lo Stato e l'individuo nella lotta antitubercolare ». La conferenza, seguita con molta attenzione dall'uditorio, è stata alla fine calorosamente applaudita.

Viaggio internazionale di studi per Medici in Egitto Palestina, Indie.

È stato organizzato dal dott. Friedrich Parach di Vienna, come ne abbiamo già dato notizia.

La partenza avrà luogo da Trieste il 12 dicembre; si proseguirà per Venezia, Fiume, Bari, Brindisi, Patrasso, Pireo (Atene), Canea, Candia; da Candia il battello proseguirà direttamente per Alessandria, da dove il viaggio verrà continuato in ferrovia fino al Cairo. Dopo un soggiorno di alcuni giorni nella capitale egiziana, il gruppo dei partecipanti si dividerà in due parti, una delle quali si dirigerà verso l'alto Egitto, visitando Luxor, Assuan ed eventualmente la Palestina; l'altra s'imbarcherà il 25 dicembre a Porto Said, toccherà Suez, Massaua, per sbarcare a Karachi in India. Nell'India si visiteranno le città più importanti, come Lahore, Delhi, Jaipur, Agra, Bombay, ecc., e gli ospedali Lady Duffering's Hospital (Karachi), Lady Hardings Medical College and Hospital (Delhi), Eye Hospital (Agra) ed Arthur Road Hospital (Bombay).

I medici che desiderano prender parte a tale viaggio, riceveranno informazioni dettagliate per lettera, rivolgendosi a: Aerztliche Auslands-Studienreisen, Wien (Austria), I Biberstrasse 11, I. Stock, Tür 6.

Onoranze ad un medico condotto.

La popolazione di San Marco dei Cavoti (Benevento) ha tributato affettuose onoranze al dott. Domenico Zuppa, il quale per 36 anni ha coperto la carica di medico condotto del comune e per 20 anni presiedette la Sezione dei Medici condotti della provincia di Benevento. Alla cerimonia intervennero autorità politiche, colleghi, amici; il podestà ha voluto ricordare le doti preclare del festeggiato, che si è fatto apprezzare per la valentia, il disinteresse e la dignità con cui ha esercitato la professione.

Per la difesa della vita umana.

Il ministro della giustizia, on. Rocco, ha diretto ai Primi Presidenti ed ai Procuratori generali presso le Corti d'Appello una circolare in cui lumeggia l'immoralità dei verdetti assolutorî per delitti passionali. Il nuovo codice penale in preparazione eviterà assoluzioni del genere; intanto è necessario che la magistratura secondi l'opera redentrice del Governo: il rappresentante della pubblica accusa non deve scendere a subordinate, e chi dirige il dibattimento deve procedere con molta cautela nell'ammettere il quesito sul vizio totale di mente; in caso di assoluzione, si dovrebbe far uso, molto più spesso che nel passato, della facoltà di cui all'art. 46, ultima parte, del Codice Penale vigente, mercè un provvedimento di ricovero in manicomio. Così potranno evitarsi assoluzioni scandalose, che vulnerano il principio della santità della vita umana e che minacciano la fibra morale della Nazione; mentre si seguiranno le precise direttive tracciate dalla riforma penale in corso e in genere dalla legislazione fascista.

Grave condanna in Francia per rottura d'ago di siringa.

La « Gazette des Tribunaux » riferisce il seguente caso: una dentista, praticando un'iniezione sottogengivale, ruppe l'ago. Tentò ripetutamente invano di estrarre il frammento e vane furono le manovre dirette allo stesso fine nell'Ospedale Lariboisière, dove la dentista si decise a condurre la paziente. Occorsero due mesi di cure per vincere le contrazioni trismiche che torturavano la paziente e quando ella lasciò l'Ospedale, soffriva ancora di dispepsia e disturbi nervosi, senza tener conto delle riserve prognostiche avanzate dai medici, data l'impossibilità di estrarre l'ago.

Attribuendo alla dentista la responsabilità di tutti questi guai, la paziente chiese un indennizzo di cento mila franchi, che il Tribunale ridusse a 45 mila, fatta riserva per eventuali altri indennizzi, giustificati da ulteriori disturbi.

Si è spento a 54 anni, di tubercolosi polmonare, il prof. GEORG ARNDT, direttore della Clinica dermatologica di Berlino. Si era formato successivamente a Genova (dal prof. Oltremare), a Parigi, a Londra ed a Berna: quivi rimase più a lungo (da Jadassohn). Recatosi a Berlino, fu assunto da Lesser alla Charité, ove rimase a lungo raggiungendo il titolo di professore straordinario. In questo periodo compì una serie di lavori specializzati, che lo fecero apprezzare. Va specialmente segnalato quello sulla linfoadenia leucemica ed aleucemica della cute, con contributi istologici.

Durante la guerra fu nominato direttore della Clinica dermatologica di Strasburgo; ma, ceduta questa alla Francia, egli venne chiamato alla clinica di Berlino.

Non fece molti allievi, perchè non era mai contento dei loro lavori e trovava che non erano mai rifiniti. I pochi allievi intimi però lo amavano e ne apprezzavano la dirittura e la bontà.

R.

È morto a Milano, in età di 53 anni, il dott. ARNALDO RISI, specialista per le malattie della gola e delle vie respiratorie; fu uno dei pionieri delle colonie climatiche per bambini gracili.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Nederl. Tijd. v. Geneesk., 17 ag. — JITTA e HANNEMA. I casi di alastrim di Rotterdam. — SHÖFFNER. Reperto strano ematologico in un caso di pseudoleucemia.

Deut. Med. Wochens., 16 ag. — ASCOLI. Il pneumotorace controlaterale. — HUBER. L'encefalite postvaccinica. — NATORP. Osservazioni cliniche di un'epidemia di influenza.

Presse Méd., 14 ag. — GOVAERTS. La patogenesi degli edemi nefritici.

Med. Klinik, 16 ag. — STEINACH. Una sost. eccitante degli organi centrali. — SPIEGEL. Anastomia e fisiologia dell'ipofisi.

Münch. med. Wochens., 16 ag. — SAUERBRUCH. Il trattamento nutritivo della tbc. — HOPPE. Il trattam. ambulatorio delle infezioni purulente. — LEVA. Il riassorbimento cutaneo dell'arsenico.

Wiener Path. Wochens., 15 ag. — FASCHINHAUER e KOFLER. Az. tossica dei fagioli. — WINKELBAUER e URBAN. Embolia crociata del forame ovale aperto. — FÜRTH. Chimica fisiologica della digestione.

Med. Welt, 17 ag. — SCHM. La così detta metrite cronica. — JAENSCH. Struttura della personalità e antropologia medica. — FLUSCHMANN. Malattie sessili alla sciatica.

Rev. de Hig. y Tub., giu. — FORTACIN. Tub. atipiche. — FERRAN. Il rendimento economico dei vaccini.

Journ. Am. Med. Ass., 3 ag. — MOSCHEIWITZ. La causa di ipertensione del grande circolo. — KAHN. La conferenza internazionale per le prove della sifilide. — ROSSER. Corpi estranei nel colon.

Nipiologia, genn.-giu. — CATTANEO. La tubercolosi del lattante.

Med. Ibera, 10 ag. — JUANOS. Modificazioni nella tecnica della demorfinizzazione. — SUQUE. La simpaticectomia pelvica.

Id., 17 ag. — ROS. Neurite retrobulbare da saturnismo.

Prense Med. Argentina, 30 lug. — ALURRALDE e LEPICH. Emorragia meningea aracnoidale. — BARBARO. La splenomegalia tubercolare.

Stomatologia, ag. — RAMORINO. Il problema del calcio in odontoiatria, dal punto di vista terapeutico. — ROCCIA. La cisti dentaria.

Med. del Lavoro, lug. — P. ALESSANDRINI. Causa freq. e insospettata di saturnismo.

Cult. Med. Mod., 15 lug. — SCOUZO. Alterazioni cadaveriche dei leucociti. — MATTINA. Appendicectomia profilattica.

Rev. Franç. Gyn. Obst., lug. — GROSU. La sutura immediata della lacerazione perineale nel parto. — TOURNEUX. La stomatoplastica nelle stenosi del collo.

Rev. Belge Scienc. Méd., giu. — DE CANDIA. I riflessi cardiaci di tonicità nell'esame della funzione circolatoria. — BESSEMANS ed altri. La misurazione della temp. endotissulare.

Riv. di Clin. Med., 15 mag. — ALESSANDRI e VISANI. Lesioni gangrenose polm. da infezioni tonsillari. — LAPICCIRELLA. Sindromi bantiane.

Arch. It. Dermat., Sifil. Vener., giu. — GHIGI. Un caso di pemfigo vegetante — BALLICO. La diatermia nella blenorragia e sue complicazioni. — SANNICANDRO. Sclerodermia e calcio.

Rivista Ter. Mod. e Med. Prat., Milano, ottobre 1929. — Lavori premiati al concorso — Rivendicazioni scient. Ital. — Esposiz. naz. storia scienze — Congressi Medici Ital. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 28 Ottobre 1929 — Num. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

La meningite sierosa nell'infanzia

per il dott. AUGUSTO FIORENTINI,
aiuto medico negli Ospedali di Roma
e volontario in Clinica Pediatrica.

Generalità. — Uno sguardo d'insieme alla letteratura meno recente che si riferisca all'argomento della meningite sierosa, che per la sua frequenza va assumendo una importanza pratica sempre maggiore, ci dimostra all'evidenza, quanto tempo sia dovuto trascorrere prima di circoscrivere in un quadro possibilmente chiaro questa sindrome morbosa, che solo in quest'ultimo decennio è stato oggetto di studi più completi, per opera di diversi autori.

Fin dal 1866 Bouchut ha descritto uno stato morboso con segni clinici di meningite, che terminava poi in guarigione e Eichhorst, nel 1887, nel suo trattato, parla di una forma di meningite, che nel suo decorso resta allo stato sieroso, senza arrivare alla purulenza. Nel 1894 Duprè, per primo, dà a questi casi il nome di meningismo, che già nel 1893 Quincke aveva designato col nome di meningite sierosa: una forma cioè di flogosi meningea con liquido chiaro, che terminava abitualmente in guarigione, ma che talvolta poteva provocare anche la morte. Però sotto quel titolo Quincke riuniva tutte le raccolte sierose intracraniche, qualunque ne fosse l'origine (idrocefali congeniti ecc.), per il fatto che in questo periodo della letteratura, non si riesciva a chiarire nettamente la forma clinica della meningite sierosa, che spesso veniva confusa con quella del meningismo.

Meningismo e meningite sierosa. — Da questo momento comincia a delinearsi, per quanto in modo non sempre preciso, il quadro clinico della meningite sierosa, che forma l'argomento di importanti pubblicazioni: così Hutinel nel 1902 pubblicò uno studio di meningiti non suppurate con speciale riguardo al meningismo e alla meningite sierosa; Bluhdorn nel 1912 riunì un certo numero di casi, che classificò nel capitolo della meningite sierosa. Col Gror, col Feer e col Mathes si torna di nuovo al concetto di meningismo, mentre Schöttmuller parla di una meningite circoscritta infettiva e Ibrahim, riportato dal Feer, limita l'espressione di meningismo al complesso sintomatico delle intossicazioni dei lattanti, con malattie settiche o dell'apparato digerente.

Concetti, Finkelstein, Stoss, Mingazzini, Aya-

la, Pisani ecc. portano il risultato dei loro studi e delle loro osservazioni cliniche e contribuiscono così, in modo indubbio, a chiarire il concetto di meningite sierosa, che veniva troppo spesso confuso col pseudo meningismo, col meningismo e perfino coll'idrocefalo. Il nome di pseudo meningite dovrebbe essere senz'altro cancellato dalla nomenclatura medica, perchè, come giustamente si è detto, non esistono false malattie, ma solo false diagnosi.

Fornara intende per meningismo una reazione meningea con sintomi cerebrali passeggeri e con liquido cefalo-rachidiano normale e vorrebbe limitata la diagnosi di meningite sierosa a quei casi nei quali il liquido cefalo-rachidiano è limpido, ma presenta un aumento di albumina.

Martin considera il meningismo un semplice disordine funzionale, senza lesioni meningee apparenti, senza localizzazioni di microbi e che clinicamente prende l'aspetto d'una meningite; si tratta cioè di una meningite clinica, senza meningite anatomica.

Fin dal 1894 Concetti scrive che il meningismo (parola che ha sostituito un po' più felicemente le cosidette pseudo meningiti di una volta) è molto frequente nei bambini ed in genere si riscontra nella maggior parte delle malattie infettive acute o tossiche. Sotto la parola di meningismo non deve intendersi altro che una forma più mitigata delle meningiti sierose acute, tanto è vero che se si potessero studiar bene a fondo tutti i cosidetti casi di meningismo, si troverebbe esistere in tutti una qualche lesione a cui riferire la sindrome morbosa. Cosicchè il meningismo, come risulta anche da alcuni reperti di autopsia, dovrebbe essere considerato come una lievissima o iniziale forma di meningite sierosa, perchè per quanto leggero e transitorio, un substrato anatomico esiste sempre sia a carico delle meningi o dell'ependima ventricolare, sotto l'influenza di una causa tossica o tossinfettiva. Così inteso il meningismo dovrebbe essere limitato a quei casi in cui ad una sindrome meningea lieve o appena accennata, non fa riscontro alcuna alterazione fisica o chimica del liquor, mentre la meningite sierosa deve essere considerata, come una vera e propria infiammazione di modico grado delle membrane meningee, a decorso acuto, subacuto o cronico, caratterizzata dalla formazione di un essudato sieroso limpido.

Ayala intende col nome di meningite sierosa una forma morbosa di origine tossica o tossinfettiva, probabilmente dovuta a germi attenuatissimi o in scarsissimo numero, non riscontrabili all'esame batteriologico del liquor, ma che agiscono specialmente sui plessi coroidei e sull'ependima ventricolare e raramente sulla leptomeninge della superficie esterna cerebrale, provocando una iperproduzione di liquor, un ostacolo al riassorbimento di esso e quindi una ipertensione intracranica più o meno grave e persistente.

A tali forme di meningite egli dà la denominazione di corioido-ependimite sierosa.

Etiologia e patogenesi. — Concetti e Marfan per primi hanno notato alcune forme di meningiti sierose nei bambini colpiti da affezioni acute dell'apparecchio digestivo; queste forme dipendono dall'introduzione in circolo e dall'azione sul sistema nervoso, di sostanze patogene che hanno la loro origine nell'apparecchio gastro-intestinale. Tali sostanze, che sono il prodotto di putrefazioni o della vita di molti microbi, endogeni o esogeni, trasportate in circolo, dopo aver passato la barriera dell'epitelio intestinale e del fegato, possono far risentire la loro azione sui rivestimenti cerebrali e dare la forma clinica di una meningite sierosa.

Concetti vorrebbe riservato l'appellativo di meningite sierosa acuta, solo alle forme tossiche, poichè se i germi si moltiplicano nel liquor, si può spesso assistere nelle successive punture, al passaggio ed alla trasformazione purulenta del liquido stesso. Tale considerazione sarebbe avvalorata da alcune osservazioni fatte nella meningite cerebro-spinale epidemica (Netter, Stoss) in cui nelle prime 24 ore il liquor può, nella maggior parte dei casi, restar chiaro; ma dopo il secondo giorno, per la moltiplicazione dei meningococchi nel liquor, questo diviene torbido e purulento.

Nel gruppo delle malattie infettive questa azione irritativa sulle meningi viene portata dagli stessi germi e dalle loro tossine.

Harke in uno studio di 37 casi di meningite sierosa nell'età infantile, osservati nella clinica pediatrica di Gottingen, distingue tre categorie: meningite sierosa idiopatica, meningite sierosa consecutiva a malattie infettive acute, meningite sierosa con spasmofilia, rachitismo e diatesi essudativa.

La meningite sierosa appare raramente come malattia primitiva, almeno nei lattanti, ma di solito come forma secondaria ad infezioni od intossicazioni.

L'etiologia della malattia è assai varia, ma non sono rari i casi nei quali non si riesce a trovare una causa qualsiasi che abbia potuto provocarla.

Dobbiamo distinguere cause predisponenti e cause determinanti: tra le prime annoveriamo i raffreddamenti, l'insolazione o colpo di calore, i traumi, le intossicazioni e l'eredità morbosa, tra le seconde hanno la prevalenza le malattie infettive, acute o croniche.

Per esperienza di autorevoli autori (Marfan e Concetti) la meningite sierosa si presenta con maggior frequenza nel corso di polmoniti e di malattie gastro-intestinali nei lattanti e come complicazione di otiti medie purulente (Lecan et Bourgeois) e di malattie infettive acute nei

bambini più grandicelli; si può riscontrare così nell'influenza, nel morbillo, nella scarlattina, nel tifo, nel corso o al termine di una parotite epidemica (Walgreen, Manuel del Sel) e in alcune forme di malattia di Hein Medin, senza paralisi (Netter) ecc.

Bernard ha visto comparire la meningite sierosa in una epidemia di rosalia, nelle infezioni delle vie urinarie e nell'erpes zoster. Molte complicazioni nervose della pertosse si possono far rientrare nel quadro della meningite sierosa e cioè quei casi in cui insorgono manifestazioni comatose meningitiche, con frequenti attacchi eclamptici, durante i quali può sopravvenire anche la morte, con fenomeni di iperpiressia. In questi casi all'autopsia non si trovano emorragie o encefaliti, come si potrebbe sospettare, bensì una imbibizione sierosa con aumento di liquor dei ventricoli e appiattimento delle circonvoluzioni, mentre le ricerche microscopiche dimostrano l'infiltrazione flogistica, propria della meningite sierosa.

La meningite sierosa è stata notata in seguito a traumi (L. P. Bergmann e Krakowski), per frattura della base del cranio, per lesioni dei seni della faccia, per disfunzione endocrina, in seguito a colpo di calore. Portù Pereyra riporta il caso di un bambino di 12 anni che avendo lavorato eccessivamente in ambiente caldo, presentò cefalea, vomito, febbre alta, rigidità muscolare, amaurosi e poi stato semicomatoso. Alla puntura lombare si riscontrò liquido limpido a pressione aumentata. L'esame del liquor fu negativo, l'esame del fundus oculi dimostrò papilla da stasi. Tali disturbi si dileguarono abbastanza rapidamente.

Nel 1910 sono state descritte e riportate nella Società medica degli Ospedali di Parigi, dei casi di meningite sierosa insorti a carattere epidemico. Riferirono Vidal su 6 casi, Riste e Rolland su 5 casi e Lambry e Parvu su 3. Però, secondo Netter, i casi apparsi nel 1910 dovrebbero farsi rientrare nelle manifestazioni di Hein Medin. Questa interpretazione non viene condivisa da Hutinel e da Comby, sia per il numero notevole di casi osservati, sia per l'andamento della malattia che non risulta conforme a quello della poliomielite acuta, nella quale non mancano mai le paralisi.

Secondo Stoss non esiste alcun punto di contatto con la poliomielite, perchè questa anche epidemiologicamente si poteva escludere, sia per mancanza di contatto, sia per assenza di altri casi nelle vicinanze. In ogni modo queste forme, non è facile stabilire la natura, ma con molta probabilità si tratta di una malattia infettiva, il cui agente non è possibile, almeno per ora, individuare. È stata anche descritta una meningite sierosa in seguito ad intossicazione da vermi, come nei casi di Valerio, di Barrand e di altri.

Interessante per la sua particolarità è anche l'osservazione di Finkelstein di un caso di meningite sierosa quale complicazione della vaccinazione antivaiolosa: una bambina di un anno, al 7° giorno dopo la vaccinazione, nel periodo dello sviluppo massimo della pustola, presenta febbre a 40° e segni evidenti di iperestesia, opistotono, modica rigidità nucale, sussulti, non Kernig, aumento dei riflessi, fontanella tesa, ma non prominente. La puntura lombare dà liquido limpido, a gocce ravvicinate, con albumina e cellule normali. Tutti questi sintomi regredirono piuttosto rapidamente di pari passo col disseccarsi della pustola vaccinale.

Un autore giapponese, J. Hirai, ha notatò il meningismo dei lattanti nel Giappone, in alcuni casi in cui le madri fanno uso di polveri aspersorie a base di piombo, e Slawik riferisce sopra un caso di meningite sierosa insorto in un lattante in seguito ad una iniezione di neosalvarsan. La dose iniettata nei glutei fu di gr. 0,075 e provocò una meningite a tipo sieroso con consecutiva amaurosi.

Nel 1919 il Genoese ha studiato il comportamento del liquor nella malaria dei bambini ed ha potuto notare che nell'accesso di malaria, specie nelle forme gravi, nella massima parte dei casi si ha irritazione meningea più o meno forte, con variazioni fisiche, chimiche e citologiche del liquor. Si tratta in fondo di forme più o meno lievi di meningite sierosa, da mettersi in rapporto con l'azione tossica dei parassiti malarici. Anche recentemente Meldolesi (1926) ha insistito sul meningismo malarico, che giustamente considera, come la meningite sierosa da malaria.

Lavergue studia i rapporti tra sifilide e reazioni meningee e conclude, sulla base del frequente reperto positivo della Wassermann nel liquor e sui dati anamnestici egualmente e spesso positivi nei soggetti studiati, che indubbiamente la lues crea nel sistema nervoso centrale una disposizione al manifestarsi di reazioni meningee. Nei bambini questa possibilità non è affatto infrequente ed in tal caso è enormemente agevolata la ricerca etiologica, per la positività delle reazioni biologiche e molto facilitato il compito curativo, con l'impiego di una cura specifica.

Anche la tubercolosi, alla stessa guisa che in altre sierose, può dare manifestazioni di meningite sierosa, con un quadro cioè di meningite decorrente in modo favorevole; e in tali casi, secondo alcuni autori, si possono fare rientrare le forme di meningiti tubercolari clinicamente guarite.

Anatomia patologica. — Dal punto di vista anatomo-patologico i reperti possono essere molto diversi e talvolta persino mancare. Si distingue una forma acuta esterna ed una interna che non sono sempre nettamente apprezzabili, potendo esistere delle associazioni. Hutinel ha trovato all'autopsia un certo grado di irritazione delle meningi, visibile talora anche ad occhio nudo. Lo spazio aracnoideo è talora

invaso da una leggerissima suffusione sanguigna che si estende più o meno attorno alle radici nervose. Talvolta può trovarsi soltanto una iperemia della pia (Feer) con diminuzione di trasparenza e aspetto opaco, per imbibizione di un liquido di essudazione, acquoso o leggermente torbido. Quando il cervello ha subìto gli effetti della aumentata pressione del liquor, la superficie appare anemica e le circonvoluzioni più o meno appiattite. Nelle meningi e negli spazi perivascolari del cervello e nella sostanza cerebrale stessa, si trovano proliferazioni cellulari, oppure infiltrati a tipo diffuso o circoscritto (meningite infettiva circoscritta di Schöttmuller).

I ventricoli non sempre compartecipano al processo, in altri casi invece in essi risiede la sede principale delle alterazioni e allora si presentano dilatati, ripieni di liquido, con i plessi in primo tempo infiltrati e iperemici, più tardi anemici. L'ependima è spesso granuloso e talvolta del tutto ispessito. In due casi descritti da Ayala sono presenti lesioni dell'ependima e dei plessi coroidei, di grado e di intensità differente, anzi egli afferma che sia nei casi ad andamento acuto, sia in quelli ad andamento cronico, è quasi sempre dimostrabile istologicamente, almeno nella maggioranza dei casi, una flogosi delle pareti ventricolari (ependima e strato sotto ependimale) e delle formazioni coroidee.

In molti casi che si presentano nella prima infanzia si tratta di una meningite sierosa comitans (Schöttmuller) cioè di una essudazione dovuta ad azione secondaria a distanza in rapporto a focolai flogistici del cervello, dei tessuti pericranici e delle ossa, analogamente a quello che accade nelle raccolte articolari che si producono nelle epifisiti. Questi casi si verificano oltre che nelle suppurazioni dell'orecchio medio, anche nei tubercoli solitari ed in altri processi tubercolari circoscritti delle regioni craniche.

Sintomatologia. — I sintomi della meningite sierosa possono confondersi con quelli della malattia da cui essa si sviluppa, in altri casi invece sono tanto accentuati, da far credere ad una meningite di natura diversa. I sintomi clinici della meningite sierosa sono dovuti all'aumentata pressione intracranica e si presentano in modo così vario e spesso così tumultuoso che non è facile talvolta arrivare alla giusta diagnosi. Ayala distingue dal punto di vista neurologico le seguenti forme negli adulti: forma cefalalgica, nella quale il dolor di testa è il sintoma subiettivo che predomina e talvolta isolatamente; forma pseudo meningitica, in cui alla cefalea si accompagnano segni di reazione meningea; forma pseudo-tumorale, nella quale oltre la cefalea, si osservano altri sintomi generali ed a volte di focolaio, dei tumori endocranici.

In linea generale si può dire che nel lattante domina la forma pseudo-meningitica e nei bambini più grandicelli la pseudo-tumorale e la cefalalgica.

Per comodità di descrizione si ritiene opportuno distinguere separatamente la meningite sierosa che si osserva nei lattanti, da quella che si osserva nei bambini più grandicelli. Nei lattanti l'inizio può essere brusco e tumultuoso oppure insidioso e lento. Nel primo caso si ha la cosidetta forma fulminante (apoplessia sierosa degli antichi autori) con febbre alta, gravi accessi convulsivi, coma, e morte in brevissimo tempo. La sindrome meningea, se si eccettui una lieve rigidità nucale e pupille miotiche, può anche fare difetto, poichè la morte impedisce che la sintomatologia si sviluppi in tutta la sua evidenza. Ma l'inizio può essere meno brusco e presentare disturbi più o meno accentuati della coscienza (obnubilamento, sonnolenza) e segni di compressione cerebrale, con convulsioni cloniche, vomito, fontanella sempre abbastanza tesa, quando non si tratta di bambini molto deperiti o disidratati. Le paralisi possono esistere sotto forma di una paralisi del facciale a tipo periferico o paralisi a carico degli arti, in forma monoplegica o emiplegica, ma tali paralisi non si riscontrano in molti casi o possono anche del tutto mancare. Frequenti sono invece gli spasmi della nuca e degli arti, con aumento dei riflessi, i fenomeni pupillari con midriasi, immobilità pupillare, miosi, anisocoria; le paralisi dei muscoli oculari (strabismo), la contrattura dell'orbicolare delle palpebre, la fotofobia, la amaurosi.

Alle convulsioni si deve attribuire una grande importanza: esse sono assai frequenti, hanno la caratteristica di poter durare delle ore e persino dei giorni e sono accompagnate da grida lamentose e spesso strazianti. L'intensità delle convulsioni è differente da caso a caso e dipende dalla diversa sensibilità dei bambini colpiti; essa raggiunge il più alto grado nei bambini con diatesi spasmofila o con tare neuropatiche.

Le convulsioni, che esplodono per lo più durante una malattia gastro-intestinale, si distinguono dalle eclamptiche perchè durano più a lungo ed anche perchè, nell'intervallo di esse, si possono riscontrare sintomi di meningite (rigidità nucale, ipertonia, sonnolenza, Kernig, Brouzinski, ecc.).

Il Babinski, anche quando è presente, non ha importanza nell'età del lattante. Nella cosidetta meningite sierosa ventricolare si ha una maggiore accentuazione dei sintomi di compressione (vomito, convulsioni, ecc.) e può rendersi manifesto un progressivo ingrandimento del volume del cranio (idrocefalia), quando le lesioni infiammatorie, diffondendosi in determinati punti del cervello, ostacolano la libera circolazione del liquido cefalo-rachidiano.

I sintomi che si osservano nei bambini più grandicelli sono simili a quelli degli adulti:

si tratta di una sintomatologia non tanto nettamente delimitata, della quale fanno parte il vomito, la cefalea e altri sintomi di compressione cerebrale. Il vomito ha il carattere del vomito cerebrale, che insorge indipendentemente dai pasti, e che può essere più o meno frequente; talvolta si accentua quando il bambino dalla posizione supina passa in quella seduta. La cefalea ora è accusata alla fronte, ora alla nuca oppure è una sensazione gravativa in tutto il capo, che non dà però speciali localizzazioni alla percussione del cranio. Quando la compressione si esercita nella fossa cranica posteriore, si possono manifestare vertigini, tanto allo stato di riposo che nella stazione eretta e tremori al capo e agli arti, con andatura cerebellare tipica, come nei tumori.

Il delirio, quando esiste, è sempre meno violento e meno persistente, che nelle altre forme di meningite. Le paralisi sono più rare e meno accentuate, ma esiste il Kernig, il Bruzinski, riflessi tendinei accentuati, specie negli arti inferiori. Sono stati descritti disturbi della deglutizione (disfagia), e della fonazione (disfonia), digrignamento dei denti, turbe vasomotorie, iperestesie, anestesie, ritenzione di urina, ecc. Recentemente sono stati notati sintomi, che con una certa probabilità, si devono riferire ad una lesione dell'ipofisi, adiposità e deficiente sviluppo dei caratteri sessuali (Golastein).

Una grande importanza assume, nella meningite sierosa, la sintomatologia oculare, che si rivela con le paralisi dei muscoli oculari, con le alterazioni del fondo dell'occhio e del visus, col restringimento del campo visivo e l'ingrandimento della macchia cieca. Tali disturbi, come ha dimostrato Di Marzio, sono i più costanti e possono per sè soli porre la diagnosi di meningite sierosa, prima di ricorrere alla puntura lombare. Questo avviene, con una certa frequenza, nelle forme frustre di meningite sierosa, nelle quali, ad una sintomatologia neurologica molto scarsa, fa riscontro una sindrome oculare, la quale rappresenta spesso l'unico elemento diagnostico. L'esame oftalmoscopico è quello che ha particolare importanza, poichè il fundus oculi ha nella meningite sierosa un aspetto che è caratteristico. Secondo Di Marzio, che si è molto occupato dell'argomento, il tipo di lesione oftalmoscopica può essere raggruppato sotto forma di lesione edematosa dei bordi papillari e della retina juxta papillare, che può variare solo nella estensione e nella intensità e formare quindi le varie fasi, ma rimane sempre un unico tipo che egli chiama edema papillo retinico. L'esame del campo visivo, che potrà essere praticato con una certa difficoltà e solo nei bambini già grandicelli, è molto importante e può servire di conferma al reperto oftalmoscopico; i limiti periferici per il verde sono quasi sempre ristretti, anche nelle forme incipienti, mentre, nelle forme più avanzate, si restringono i limiti del rosso, del bleu ed infine del bianco.

È molto raro riscontrare la presenza di uno scotoma centrale, sia assoluto che relativo, mentre un sintomo che non manca quasi mai, in qualsiasi forma di meningite sierosa, è l'ingrandimento della macchia cieca di Mariotte.

A questi dati di indubbio valore, si devono aggiungere anche quelli ricavati dalla puntura lombare, che non sono meno importanti. Se si ha la possibilità di praticare la puntura lombare innestando all'ago il manometro di Claude, si nota che la pressione iniziale del liquor è aumentata (45-70) e che essa, nelle successive rachicentesi eseguite regolarmente e ad intervalli determinati, va gradatamente discendendo, mentre la quantità di liquor estraibile in ognuna di esse rimane presso a poco uguale. In generale poi, sono sempre apprezzabili e spesso più ampie che nei soggetti normali, le variazioni e oscillazioni della pressione rachidiana, negli atti respiratori, nel cambiamento della posizione del capo, con la pressione delle giugulari o più facilmente facendo iperflettere il capo in avanti. Fatti questi che autorizzano a ritenere che probabilmente la lesione determinante la pressione intracranica non si accompagna ad un ostacolo nella comunicazione fra cavità ventricolari encefaliche e cavità meningee spinali. Il liquido ottenuto con la puntura lombare è abitualmente chiaro, raramente torbido e lasciato in riposo può formare un reticolo fine, come un tenuissimo coagulo trasparente in tutta la massa del liquido, a forma di dito di guanto capovolto. L'albumina è modicamente aumentata, talvolta più del 0,50 ‰ e il sedimento, ottenuto per centrifugazione, rivela la presenza di linfociti o polinucleati. Secondo Mathes è possibile in quasi tutti i casi accertare la presenza dell'aumento di albumina, purchè si adoperino dei metodi appropriati e fini (reazione di Lang all'oro colloidale). Un reperto più ricco si trova nelle forme intense, mentre nelle forme lievi il liquor è quasi normale, ma si estrae in quantità maggiore e con pressione aumentata.

Di regola è difficile mettere in evidenza germi nel liquor, però esistono numerose osservazioni in cui il reperto fu positivo (Concetti, Finkelstein, Hausalter, D'Astros, Stoss). Così Lesnè riscontrò nel liquor gli stafilococchi, Nobecourt e Delster gli streptococchi, Netter i pneumococchi, Phull e Walter il bacillo di Pfeiffer, Tiatane, Boden, Jemma, ecc. i bacilli di Eberth.

Deve trattarsi però, in linea generale, di germi attenuati nella loro virulenza e di bambini non troppo recettivi, nei quali il germe non riesce ad arrivare fino alla suppurazione. Invece nel caso del colibacillo, si deve ammettere una aumentata virulenza, per la quale esso riesce ad attraversare la parete intestinale e determinare, fra le altre localizzazioni, una meningite acuta, a forma molto grave, talvolta mortale.

Se il liquor è sterile, il germe può ritrovarsi nei tessuti, oppure l'inoculazione in animali sensibili, nè può rivelare l'esistenza (Levi, Walthert, Haushalter, Alamelle, Boden e altri).

I germi talvolta sembrano assenti nonostante tutte le investigazioni, sia che questi germi si trovino in numero assai scarso, sia che la loro virulenza risulti attenuata, come ha dimostrato Concetti per il meningococco. D'altro canto bisogna tener conto che esistono delle forme non batteriche, dovute all'azione delle sole tossine (Quincke, Concetti).

Forme cliniche. — Finkelstein tenendo presente il decorso della meningite sierosa dei bambini, distingue le seguenti forme cliniche:

1) forme iperacute (apoplessia sierosa degli antichi autori) che si presentano con gravi attacchi eclamptici, nelle cui pause subentra un coma profondo e in pari tempo febbre alta, con decorso rapido, fino alla morte, dopo poche ore o pochi giorni. Il quadro così tumultuario e così grave, come si osserva frequentemente nei lattanti, si può spiegare, non in rapporto ad una infezione di speciale gravità, ma con l'ammettere un'abnorme eccitabilità del sistema nervoso infantile, su speciale base costituzionale (spasmofilia);

2) forme a decorso più lento, con sintomatologia cerebro-spinale, che si riscontrano specialmente in seguito a malattie infettive (influenza, polmonite, suppurazione delle orecchie, gastro-enterite, ecc.) e che tendono spesso ad assumere il tipo della meningite tubercolare;

3) forme ventricolari, che si riscontrano con maggior frequenza nell'infanzia e che procedono con manifestazioni di idrocefalo acuto. Di questa forma se ne fanno due distinzioni: una forma ad inizio brusco con attacchi convulsivi; una forma comatosa che si stabilisce più lentamente.

La prima è di solito collegata con affezioni acute dell'apparecchio gastro-intestinale e si presenta con febbri altissime, gravi accessi eclamptici anche a tipo di laringospasmo, mentre nell'intervallo fra una convulsione e l'altra predomina il coma. Ripetendosi gli attacchi eclamptici, si stabiliscono i sintomi di aumentata pressione endocranica, spesso sotto il quadro di tetania sintomatica, che possono portare fino all'esito letale. La forma comatosa si presenta più o meno lentamente e talora dopo brevi attacchi eclamptici: si ha cefalea, vomito, irrequietezza, con segni di apatia, sopore, tensione della fontanella, strabismo, midriasi, iperestesia e raramente fatti paralitici; solo di rado si osservano emiplegie. La febbre è bassa, ma può anche mancare del tutto.

Parecchi di questi stati guariscono spesso dopo breve durata, e talvolta prima di aver raggiunto il completo sviluppo sintomatologico; però in alcuni casi può sopravvenire anche la morte e allora l'autopsia dimostra la presenza di una meningite sierosa interna o ventricolare. Queste sono le forme più comuni, ma esiste in pratica tutta una gamma di forme intermedie, dalle più complesse alle più attenuate, nelle quali l'esame neurologico risulta quasi negativo, mentre la presenza della meningite sierosa è rivelata soltanto dal tipico reperto oftalmoscopico, sopra descritto.

Complicazioni ed esiti. — Come abbiamo già accennato, se una meningite sierosa si sviluppa in un bambino spasmofilo, la complicazione più comune e il pericolo più grave, è dato dalle convulsioni, che possono essere assai frequenti e molto violente, a causa degli spasmi. La morte nei casi gravissimi, si verifica nei primi giorni, ma è molto più rara se la malattia assume un decorso subacuto. È frequente l'esito in guarigione anche completa, ma si possono avere purtroppo esiti importanti fra cui il più comune è l'idrocefalo cronico. Questo è da attendersi quando le manifestazioni cerebrali (dolori, rigidità nucale, aumento dei riflessi, ecc.) non scompaiono nel decorso di tre settimane, come avviene di solito nei casi che decorrono favorevolmente. Oltre l'idrocefalo, si possono avere alterazioni più o meno pronunciate delle facoltà intellettive, fino all'idiozia, che si rivelano in seguito chiaramente nell'età della scuola.

Fra le altre complicazioni sono descritte in primo luogo l'amaurosi, le paralisi, l'epilessia Jaxoniana, la sclerosi cerebrale, ecc.

Quincke crede che il malato di meningite sierosa presenta una speciale tendenza a recidivare.

Diagnosi. — La sintomatologia della meningite sierosa può essere così varia e così indeterminata che spesso non è possibile clinicamente arrivare ad una diagnosi esatta; questi casi talvolta rappresentano un reperto di autopsia. I criteri più importanti per la diagnosi, sono dati: dal modo di insorgere della malattia; dal decorso di essa; dall'esito abitualmente favorevole; dai dati ricavati con la puntura lombare (caratteri del liquor e pressione), dall'esame del fondo dell'occhio e dalla radiografia del cranio.

L'inizio della meningite sierosa, spesso in rapporto con una malattia infettiva o con un trauma, si presenta di solito in modo lento, di rado in modo rapido; quando la sindrome di compressione cranica si stabilisce rapidamente, è facile, ad un primo esame, confonderla con quella di un tumor cerebri.

Il decorso della malattia è in genere assai lungo e può presentare anche remissioni di sintomi importanti (paresi, tremori, ecc.), fatto che non si osserva abitualmente, nelle altre forme di meningiti, che volgono per lo più verso l'esito infausto (meningiti tubercolari, meningiti purulente). È comune invece nella meningite sierosa l'esito in guarigione. Ma i

criteri senza dubbio più importanti per la diagnosi sono dati dalla puntura lombare, che permette di misurare la pressione del liquor, e di poter valutare i suoi caratteri chimici. Nella meningite sierosa la pressione iniziale è aumentata (45-70 all'apparecchio di Claude) e la quantità del liquor estraibile è sempre abbondante. Ayala dà una certa importanza al quoziente rachidiano (Q. R.) da lui trovato e che si ricava dal prodotto della quantità del liquido estratto (Q), per la cifra della pressione terminale (T), diviso per la cifra della pressione iniziale

$$J. (Q. R.) = \frac{Q \times T}{J}$$

Nella meningite sierosa il quoziente rachidiano è costantemente alto. Nei riguardi del liquido cefalo-rachidiano, più che i dati positivi valgono i criteri negativi, nel senso che si potrà escludere una meningite sierosa, quando l'esame del liquor darà una notevole linfocitosi o una discreta polinucleosi, quando l'albumina raggiunge una certa cifra (1,50 ‰), quando risultano fortemente positive le reazioni alle globuline od una delle reazioni colloidali o si constati una riduzione nella percentuale di zucchero (Ayala).

È inutile qui ripetere quanto sia importante, dal punto di vista diagnostico, l'esame del fondo dell'occhio, che dà una visione assai caratteristica ben descritta dagli oculisti (Di Marzio, Caramazza, Mezzatesta, ecc.) e che se si riconnette a tutto il resto della sintomatologia oculare e all'eventuale presenza di sintomi nervosi, non lascia più dubbio alcuno per la diagnosi. In ogni modo potremo sempre ricorrere anche alla radiografia del cranio, che dimostra una diastasi più o meno evidente delle suture, presenza ed aumento dei mammellonamenti, solchi venosi, impressioni digitate, deformazioni delle apofisi clinoidee anteriori, fino ad una apparente obliterazione dell'ostium sellae. Nell'ipotesi che non si possa giungere direttamente alla diagnosi di meningite sierosa, dovranno essere escluse quelle malattie che più comunemente si riscontrano nell'età infantile, e che più facilmente si confondono con quella e cioè le meningiti purulente semplici, la meningite tubercolare ed il tumor cerebri.

Quando il medico deve esprimere un giudizio in simili casi, sa quanto angoscioso sia il tormento del suo animo, allorchè si tratta di decidere la diagnosi fra meningite sierosa e le altre forme di meningiti. E se abitualmente si riesce a sciogliere il dubbio diagnostico con la puntura lombare, che, nella pratica privata, rappresenta una vera tragedia, perchè anche il profano sa che spesso puntura lombare, vuol significare meningite, talvolta gli stessi risultati del liquor non sono molto netti e allora la nostra parola deve essere assai cauta e ben vagliata prima di formulare anche un sospetto, che può equivalere ad una sentenza di morte. Si dovrà quindi con serena obiettività ricorrere ad alcuni dati di diagnosi differenziale.

Nelle meningiti purulente la febbre è più alta, l'inizio più brusco, il delirio frequente e accentuato, il decorso abbastanza rapido, con esito quasi sempre sfavorevole. L'esame del fondo dell'occhio, non dà qui l'edema papilloretinico; la puntura lombare dà esito a liquido purulento.

La meningite tubercolare è una malattia abbastanza frequente dell'infanzia e ad essa si deve pensare ogni qual volta ci si trovi di fronte a sintomi meningei. Ma la presenza di eventuali focolai sospetti nell'albero respiratorio, il decorso della malattia che evolve verso il fatale aggravamento, il reperto del liquor con l'aumento della albumina, la linfocitosi, il tipico reticolo ed infine la ricerca positiva del bacillo di Koch, sono tutti elementi di una grandissima importanza, per poter in modo indubbio confermare la diagnosi. Fra le altre prove potrà avere la sua importanza la cutireazione positiva alla tubercolina e l'inoculazione del liquor ad un animale da esperimento (cavia). Non poche difficoltà invece incontra talvolta la diagnosi differenziale col tumor cerebri; si deve tenere conto, nel tumor, dell'inizio meno brusco, dell'assenza di una qualsiasi malattia infettiva, del decorso assai più lungo abitualmente senza febbre, della progressività dei sintomi, della presenza di una vera papilla da stasi, della pressione e dei caratteri del liquor. La pressione è di solito nel tumor molto più accentuata, ma la quantità di liquor, che si estrae nelle successive punture, è sempre minore e il quoziente rachidiano risulta diminuito rispetto alla meningite sierosa. In questa invece, oltre gli altri sintomi surricordati, ha notevole importanza il fatto, che le ripetute punture lombari modificano benevolmente la sindrome morbosa, fino alla guarigione.

Prognosi. — Nella prognosi della meningite sierosa si deve tener conto:

1) della gravezza dell'infezione primitiva;

2) dell'età e delle condizioni generali del bambino;

3) della precocità dell'intervento con le punture lombari.

Un'infezione che si presenti di una certa gravezza, in un bambino lattante, con tare ereditarie nervose o affetto da spasmofilia, oppure uno stato generale di nutrizione assai scaduto, in un bambino in cui l'alimentazione sia resa difficile dalla presenza del vomito e dell'anoressia, devono sempre comportare un prognostico riservato.

Anche il trattamento ha una grande importanza nella prognosi, se non per la vita, almeno per alcuni esiti, poichè una puntura

lombare eseguita a tempo opportuno, può talvolta salvare da una cecità irreparabile.

In linea generale però la prognosi *quoad vitam* è buona, sebbene sia doveroso tener sempre presenti gli eventuali esiti (idrocefalo, ambliopia, epilessia, disturbi dell'intelligenza ecc.) che possono verificarsi anche a distanza di tempo.

Cura. — La cura della meningite sierosa, deve rivolgersi sopratutto alla malattia infettiva primaria ed in ogni modo si giova delle comuni pratiche in uso per le altre specie di meningiti (rivulsioni cutanee, vescica di ghiaccio, purganti, ecc.). Nel sospetto di una intossicazione verminosa sarà opportuno somministrare un purgante e sostanze vermifughe. Molti autori consigliano la somministrazione dell'urotropina per bocca o per via endovenosa, per la facilità con la quale essa può pervenire alle meningi e per la sua azione antisettica e antitossica. In caso di agitazione, di convulsioni e di febbre alta, saranno indicate cure idroterapiche e sostanze bromiche (bromuro di calcio) per clistere o per bocca. Ma la cura importante della meningite sierosa è costituita dalle punture lombari, che devono essere praticate quanto più precocemente è possibile.

Le punture devono essere ripetute ad intervalli regolari, col controllo di un manometro, fino alla diminuzione o alla scomparsa dei sintomi morbosi. Le punture nel primo periodo della malattia potranno essere praticate ogni due-tre giorni, in seguito ogni otto-dieci giorni. La quantità di liquor da togliere sarà regolata dalla pressione segnata dal manometro, cercando però di non andare mai al disotto dei limiti normali (15-20 all'apparecchio di Claude) (1). In caso di insuccesso della puntura lombare si potrà ricorrere alla puntura sotto occipitale e nel lattante a quella ventricolare, sopratutto quando si tratta di una forma di meningite sierosa interna. È stata anche tentata nei bambini più grandicelli la trapanazione del cranio, con ampia incisione della dura madre, specialmente nei casi di origine otitica o traumatica. Non deve essere infine trascurata una cura antiluetica, nel sospetto di una meningite sierosa su base sifilitica.

(1) Qualche ora dopo la puntura lombare, talvolta anche dopo 24 ore, si possono avere disturbi, come cefalea, vomito e persino amaurosi. Balduzzi e Pisani hanno dimostrato che tali disturbi devono essere considerati come dipendenti da un'aumentata pressione intracranica in rapporto colla stessa puntura e che tale aumento di pressione è transitorio ed è tanto più elevato, quanto maggiore è stata la quantità del liquido estratto. Tale fatto porta alla conclusione pratica di fare punture ripetute, senza però mai togliere quantità eccessive di liquor.

Il meccanismo d'azione della puntura lombare non è tanto chiaro, come potrebbe apparire in un primo momento, e non deve agire per un puro e semplice fattore meccanico; probabilmente devono intervenire modificazioni circolatorie e forse anche biochimiche e trofiche (Boschi), che allo stato attuale delle nostre conoscenze, non è possibile spiegare.

BIBLIOGRAFIA.

ACUÑA M. *Meningitis agudas de la infancia*, 1907.

ALAMELLE E. *Contribution à l'étude des méningites séreuses*, 1897.

AYALA. *Sulla « meningitis serosa »*. Riv. oto-neuro-oftalm., I, pag. 550, 1924.

ID. *Su alcuni criteri diagnostici differenziali fra choroido ependimitis serosa e tumor cerebri.* Riv. Sperim. di Freniatria, vol. 48. 1924.

AYALA e PISANI. Riv. di Freniatria, 1926.

BERGMANN e KRUKOWSKI. *Contributo allo studio della mening. sierosa.* Rif. in Pediatria, 1913, pag. 454.

BARBAUD G. *Méningites et pseudo-méningites vermineuses.* Rifer. in Le Nourrisson, 1927.

BOENNINGHAUS. *Die Meningitis serosa acuta.* Wiensbaden, 1897.

BOSCHI. Congr. Ital. di oto-neuro-oftalm., ottobre 1926.

CARAMAZZA. *Sulla sintomatologia oculare della meningite sierosa.* Riv. oto-neuro-oftalm., vol. IV, 1927.

CECONI. *Della diagnosi differenziale tra mening. sierosa e il tumor cerebellare.* Gazz. Osp. e delle Cliniche, pag. 753, giugno 1912.

CLAUDE. *L'hypertension intracranienne et les méningites séreuses.* Masson, 1922.

CONCETTI. *Rapport sur les méning. aigues non tuberculeus chez les enfants.* Ann. de Méd. et Chir. infantiles, 1900.

ID. Rendiconti Clinico Statistici, 1894-1898-1900-1905.

DI MARZIO. *Sintomi oculari della mening. sierosa.* Riv. oto-neuro-oftalm., II, pag. 289, 1925.

DOMBROVSKAYA Y. F. *Sulla mening. sierosa nei bambini.* Rifer. in Ann. Journ. of Dis. of Child., 1928.

FEER. *Trattato di Pediatria.*

FINKELSTEIN. *Lerhbuch d. Saüglingskrankheiten*, 1924, pag. 486.

FLEISCHANN OTTO. *Critical remarks on meningitis serosa.* Rifer. in Ann. Journ. of Dis. Child., 1928, pag. 154.

FORNARA P. *Mening. sierosa e meningismo.* Pediatria, 1924.

ID. Rifer. in Archivio Clin. Pediatria, 1925.

GASTON LYON. *Clinique Thérapeutique.* Masson, 1903.

GENOESE. *Il liquido cefalo-rachidiano nella malaria dei bambini.* Policl., Sez. prat., 1919.

GEOGE T. BOYER. *Serous Meningitis.* Canad. M. a. J., 18, 546, 1928.

HARKE I. *Sulla mening. sierosa nell'età infantile.* Rifer. in Riv. di Clin. Pediatr., 1920, pag. 366.

HAMMERSCHLAG. *Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Mening. serosa.* Wiener Med. Woch., 25 agosto 1900.

HIRAI J. *Il meningismo nei lattanti del Giappone da avvelenam. da piombo.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1927, pag. 596.

HUTINEL. *Les maladies des enfants*, 1909.

KOWARSKI. *Sulla mening. sierosa.* Rifer. in Riv. Clin Ped. 1928, pag. 397.

LECANE et BOURGEOIS. *La méningite séreuse d'origine otitique.* Pren. Méd., 1902.
LENIER. Med. Klin., 1926, n. 12.
MANUEL DEL SEL. *Meningite parotitica.* Rif. in Riv. Clin. Ped., 1927, pag. 354.
MEDEA e MANARA. *A proposito di idrocefalo idiopatico («meningitis serosa») e della diagnosi differez. col tumor cerebri.* Rass. Ped., agosto 1911.
MELDOLESI. *Sul meningismo malarico.* Riv. oto-neuro-oftalm., III, pag. 193, 1926.
MENSI. *Sopra una rara sindrome meningea simulante una mening. tbc.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1925.
MEZZATESTA. *La mening. sierosa e la sua sintomatologia oculare.* Policl., Sez. Pratica, n. 16, 1929.
PISANI e BALDUZZI. Congr. Ital. di neuro-oto-oftalm., ottobre 1926.
PHAUNDLER e SCHOSSMANN. *Trattato di Pediatria,* 1916.
PORTER L. *Considerazioni sulla sindrome di Duprè.* Rifer. in Pediatria, 1910, pag. 393.
PORTÙ PEREIRA. *Mening. sierosa con cecità passeggera per colpo di calore.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1928, pag. 800.
QUINCKE. *Ueber Meningitis sierosa.* Wolkmanns Sammls. Klin. Vortr., n. 67, 1883.
REIKE F. *Sulla mening. sierosa nel morbillo con osservazioni sulla chimica del liq. cef.-rachid.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1928, pag. 75.
REBIZZI. *Pseudo tumore cerebrale,* 1916.
SCIAINO G. *Mening. sierosa.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1925.
SLAWIK E. *Meningismo in seguito ad iniezione di neosalvarsan in lattante.* Rifer. in Pediatria, 1919.
STINER. Schweis. Med. Woch., 1925, n. 11.
STOSS. *Sulle reazioni meningee e sulla mening. sierosa nell'infanzia.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1925, pag. 216.
VALERIO A. *Un caso di meningite da ascaridi.* Rifer. in Riv. Clin. Ped., 1927, pag. 208.
WALGREEN A. *Meningite da parotite senza orecchioni.* Rifer. in Clin. Pediatrica, 1927.
WARSCHANER. Med. Klin., 1925, n. 41.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI TERNI
SEZ. CHIRURG. diretta dal dott. BRACCIO BRACCI.

Sopra un caso raro di ulcera peptica post-operatoria con diverticolo

per il dott. GIOVANNI ZINGARELLI, assistente.

Ritengo che non sia del tutto privo d'interesse riferire su di un caso occorso nella Sezione Chirurgica di questo Ospedale data la rarità del reperto operatorio osservato.

P. Giuseppe, di a. 44, carrettiere, da Massa Martana. Nulla di notevole nel gentilizio dell'infermo. Modico fumatore e bevitore, non presenta precedenti morbosi degni di nota nell'infanzia. Nega lues ed altre malattie veneree. A 22 anni, dopo il servizio militare, cominciò ad avvertire senso di bruciore allo stomaco e lieve dolenzia epigastrica con irradiazioni alla regione dorso-lombare sinistra. Tale dolore, che insorgeva da una a due ore dopo il pasto, aumentava specialmente dopo l'ingestione di certi cibi che egli riteneva pesanti e di difficile digestione. Qualche vomito biliare, mai ematemesi, mai eruttazioni acide, mai febbre. Dice l'a. di aver emesso spesso feci nerastre. Tali disturbi, con intervalli di alcuni mesi di relativo benessere, si ripeterono assai frequentemente e lo costrinsero a sottoporsi ad un atto operativo che il p. subì 9 a. or sono.

Ricoverato in un ospedale fu riscontrato affetto da ulcera gastrica ed operato di gastroenterostomia.

D'allora è stato perfettamente bene. Verso la metà del maggio 1928, un giorno tre ore dopo il pasto, fu colpito da violenti dolori addominali diffusi, che durarono quasi 24 ore e che diminuirono dopo praticata una iniezione di morfina, localizzandosi in seguito alla regione epigastrica.

Tali dolori continuarono a ripresentarsi quotidianamente iniziandosi due ore circa dopo i pasti per diminuire dopo qualche ora e ripresentarsi quindi con gli stessi caratteri. Non ha notato in questo frattempo sangue nelle feci. Non ha avuto vomito, nè febbre. Perdurando tali disturbi chiede ricovero in ospedale ove entra l'11 dicembre 1928.

Esame obiettivo. — Stato di nutrizione piuttosto scaduto. Pannicolo adiposo scarso, muscolatura ipotrofica, sistema scheletrico normale; micropoliadenopatia. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. L'addome si presenta leggermente avvallato specie nei quadranti superiori. Cicatrice laparotomica sopra-ombelicale mediana deforme lunga 10 cm. circa. La palpazione su detta cicatrice fa rilevare una tumefazione della grossezza di un grosso uovo a limiti netti inferiormente, indistinti nella parte superiore, molle elastica e riducibile. Detta tumefazione aumenta di volume con gli sforzi e scompare quasi del tutto facendo contrarre all'a. i muscoli retti addominali. La palpazione di detta regione risveglia dolore. Dolente il punto di Boas.

L'esame radioscopico eseguito dal prof. Bianchini metteva in evidenza i seguenti fatti:

Stomaco gastrectasico. Si inizia rapidamente lo svuotamento per via anastomotica. All'inizio del-

FIG. 1.

l'ansa efferente forte dolore di pressione localizzato a 3 o 4 cm. circa dalla breccia. Aspetto sacculare del digiuno. L'ansa efferente si continua a monte di questa immagine diverticolare. Il sacculo si riempie fortemente ed è in preda a peristalsi espulsiva.

Una radiografia, praticata durante l'esame radioscopico, ha colto il diverticolo su descritto in un momento di marcata onda peristaltica (figura 1).

Per due giorni consecutivi si somministra il pasto di prova di Ewald e Boas ma non si riesce ad estrarre residui del pasto neanche dopo 20 minuti dalla somministrazione.

Il giorno 29 dicembre si sottopone il paziente all'atto operativo. Iniezione di paunevrol. Eteronarcosi. Laparotomia mediana sopra e sotto ombelicale. Escissione dell'antica cicatrice laparotomica. Si nota un grosso laparocele postoperatorio costituito dall'omento fortemente aderente alla parete addominale: si sbrigliano le aderenze e si va alla ricerca dello stomaco. Questo appare fisso, stirato in basso e fortemente aderente alla parete anteriore dell'addome, alla quale è intimamente unito da un tessuto duro, infiltrato.

Non potendosi, data la loro ubicazione fortemente a sinistra, liberare le aderenze attraverso la breccia laparotomica longitudinale, si completa la incisione primitiva con un taglio trasversale sinistro a T, praticato al di sopra della linea della massima aderenza. Nel procedere alla dissezione di questa si finisce col cadere direttamente nell'interno del lume intestinale in corrispondenza della stomia tra questo e lo stomaco ed in un punto nel quale si trova essersi impiantata un'ulcera a margini duri e irregolari a carattere penetrante, che aveva preso aderenze ed intima connessione con la parete addominale anteriore. Liberato da tutte le sue aderenze ed estratto lo stomaco dalla cavità addominale, si trova che esso è unito al sottostante digiuno da una gastro-enterostomia praticata nel punto più declive della grande curvatura. Il tratto d'intestino corrispondente alla bocca anastomotica, appare sacculare, della grandezza di un mandarino, con pareti ipertrofiche e col suo aspetto, anche posto in relazione con il tratto d'intestino situato al disopra e al disotto di esso, ricorda un aneurisma. Sul margine superiore di questo sacculo, tra esso e lo stomaco, si osserva la perforazione sopra descritta; a destra di questa perforazione si osserva una massa omentale compatta che è quella liberata dalle sue aderenze con la parete addominale.

Si pratica una parziale resezione dello stomaco in vicinanza della vecchia gastroenteranastomosi asportando contemporaneamente l'intestino corrispondente compreso parte delle due anse afferente ed efferente per un tratto di circa 20 cm. nonchè la massa omentale sopra descritta: si procede quindi separatamente alla sutura dello stomaco e all'unione dei due monconi intestinali.

Data la difficoltà di porre allo scoperto la parete posteriore dello stomaco si pratica una gastro-digiunostomia anteriore alla Wölfer, sce-

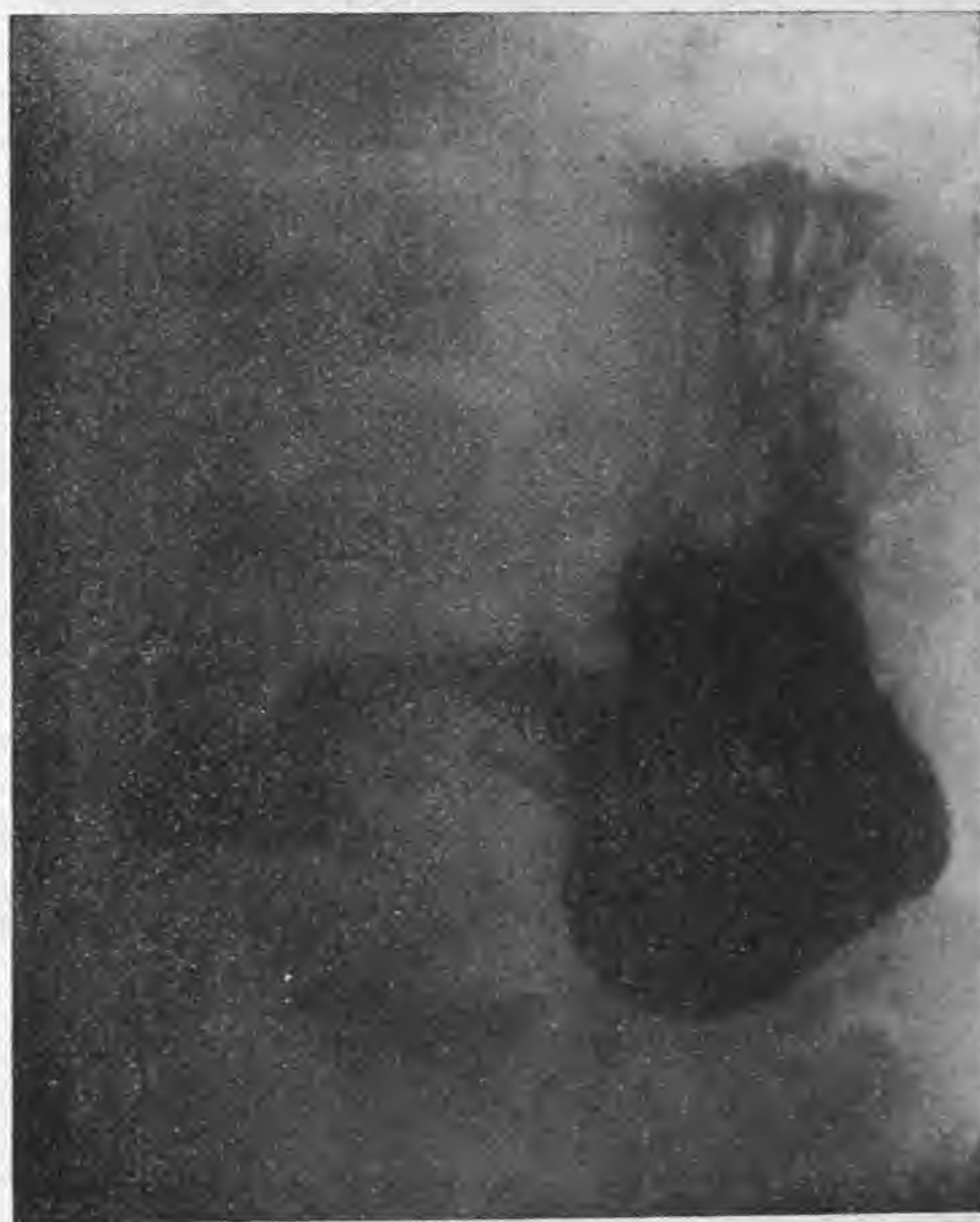



FIG. 2.

gliendo un tratto del digiuno, situato circa 30 cm. a monte dell'eseguita resezione, ed enteroanastomosi.

Si suturano le pareti con ricostituzione dei piani muscolari ed aponeurotico lasciando, al centro, uno zaffo di garza iodoformica.

Durante l'operazione, laboriosissima e di lunga durata (5 ore circa) l'a. ha presentato respirazione superficialissima e polso filiforme. Si praticano ipodermoclisi ed iniezioni eccitanti.

Decorso post-operatorio buono. Scarsissimo vomito. Lieve rialzo termico.

30 gennaio: Le condizioni del paziente si mantengono tuttora ottime. Perfetta digestione. La ferita è completamente cicatrizzata. Viene dimesso dall'Ospedale guarito.

Una radiografia praticata un mese dopo l'atto operativo mostra il perfetto vuotamento gastrico attraverso alla nuova via anastomotica (fig. 2).

Non si sono potuti ottenere preparati istologici del pezzo asportato essendo il gabinetto chimico bacteriologico dell'Ospedale sprovvisto di apparecchi adatti.

La produzione di ulceri peptiche siano esse gastro-digiunali che digiunali pure, sono tutt'altro che infrequenti, specie dopo interventi operatori per ulcera gastrica con gastro-enterostomie semplici.

La grande maggioranza di esse risiede tanto di fronte alla bocca anastomotica nel versante digiunale, quanto a pochi centimetri da essa.

Alcuni autori, e fra questi recentemente il Leveuf (*Revue de Chirurgie*, n. 2, 1927) ritengono che il 2 % circa dei gastro-enterostomizzati vadano soggetti ad ulcere peptiche del digiuno.

Schimiliski, Krogius, Alessandri ed altri danno invece percentuali molto più alte fino al 10 %, tanto che molti operatori, Finsterer, Schnitzler, Eiselsberg ecc., per ovviare al pericolo derivante da lesioni ulcerative secondarie del digiuno preferiscono ad una gastro-enteroanastomosi una operazione ben più demolitrice e ben più grave qual'è quella della resezione gastrica. Resezione gastrica consigliano alcuni chirurgi, la più ampia possibile, con soppressione di tutta la piccola tuberosità e della regione pilorica; una emigastrectomia piloro-antrale. Questa soppressione così vasta di stomaco funzionante avrebbe come effetto di diminuire notevolmente l'acidità gastrica, il cui aumento relativo sarebbe invocato come agente patogenetico dell'ulcera digiunale secondaria, non essendo il succo peptico-cloridrico modificato convenientemente dal secreto pancreatico biliare e pilorico. Esperimenti recenti, eseguiti sugli animali dal Brancati, Baggio, dal Gussio della Scuola Romana e dal Maun, confermano questa ipotesi davvero geniale. Fra le altre teorie patogenetiche dell'ulcera digiunale sono degne di nota quella del Lane, che attribuisce le ulceri a stasi duodenali e quella del Wilke e del Moynihan che le attribuiscono a ileo duodenale cronico.

Argomento questo ancora non chiaro e non da tutti accettato.

Una particolarità dell'ulcera peptica del digiuno, descritta da alcuni autori e recentemente dall'Egidi di Roma in una interessante comunicazione all'Accademia Lancisiana, è la notevole infiltrazione dei tessuti intorno all'ulcera stessa e le aderenze specie alla parete anteriore dell'addome. « Sembra che i tessuti — dice l'A. — abbiano perso ogni resistenza all'invasione ulcerosa ».

Nel nostro caso appunto le aderenze fortissime ed estese fra lo stomaco e la parete addominale formavano un piastrone tale da opporre una tenace resistenza all'azione penetrante del processo ulcerativo.

Quanto alla presenza di diverticoli lungo il tubo intestinale, se si eccettuano quelli di Mechel, essi si riscontrano per la maggior parte nel crasso ed in ispecial modo nel colon pelvico; assai meno frequentemente hanno sede sul duodeno e sul digiuno. Il Moreau (*Archives Franco-belges de Chirurgie*, marzo 1925) ne ha raccolto circa 40 casi in tutta la letteratura ed ha unito ultimamente a questi un'osservazione personale. Altre interessanti osservazioni sono state di recente pubblicate da Grant e dal MacLean (*Ann. of Surg.*, gennaio 1927).

Le prime ricerche su questa varietà anatomica risalgono a circa 20 anni or sono ed i primi casi pubblicati non furono che constatazioni necroscopiche o meri reperti operatori per peritoniti da perforazione, fistole colo-vescicali e stenosi intestinali. Sono infatti una malattia raramente diagnosticata finchè non interviene o una tempestiva e ben condotta indagine radiologica o un processo acuto a rendere palese una sintomatologia del tutto muta. Nella moderna letteratura riguardante le ulceri digiunali sono descritti casi di ectasie alle volte davvero notevoli della parte afferente dell'ansa anastomizzata specie quando trattasi di ulceri callose stenosanti. Nel nostro caso in esame si ha a che fare invece con un diverticolo digiunale a cavallo tra l'ansa afferente e quella efferente di una gastro-enterostomia. Reperto piuttosto raro riguardo al luogo di produzione del diverticolo stesso. La gastrectasia osservata radioscopicamente, e controllata poi al tavolo operatorio, può benissimo mettersi in rapporto con un difficoltato svuotamento dello stomaco per la presenza dell'ulcera stessa, sviluppatasi in vicinanza della stomia, che, senza essere stenosante per la proliferazione callosa connettivale intorno al processo ulcerativo, tuttavia deve aver prodotto, per le numerose aderenze peritoneali, una evacuazione gastrica ritardata. Non può invece — a mio avviso — spiegarsi alcun nesso tra il reperto diverticolare e l'ul-

cera stessa. Infatti se ectasie digiunali sono state descritte, queste risiedono sempre a monte del tratto ulcerato e la dilatazione intestinale è in rapporto col cercine di contrazione spastica che precede l'ulcera.

Non essendosi trovata all'atto operatorio nessuna particolarità meccanica (inginocchiamento dell'ansa, stenosi dell'occhiello colico) a cui attribuire la genesi del diverticolo stesso, ritengo che possa trattarsi nel caso in esame di un diverticolo da pulsione sviluppatosi anche per la peculiarità della gastro-enteroanastomosi, molto bassa, praticata nel punto più declive della grande curvatura.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di ulcera peptica postoperatoria con un grosso diverticolo da pulsione sviluppatosi tra l'ansa afferente e quella efferente di una vecchia gastroenterostomia.

L'A. unisce due immagini radiografiche eseguite l'una prima e l'altra dopo il 2° atto operativo.

BIBLIOGRAFIA.

1. BAGGIO. Policlinico, Sez. pratica, n. 20, 1925.
2. BALSAMO. *Sull'ulcera digiunale post-operatoria.* Riforma medica, n. 50, 1925.
3. DEAVER. Policlinico, Sez. pràtica, n. 34, 1921.
4. GILBERTI. *L'ulcera gastro-duodenale.* Ibid., numero 44, 1921.
5. GREGOIRE. Paris Médical, n. 43, 1926.
6. GUSSIO. Policlinico, Sezione chirurgica, n. 11, 1925.
7. MILONE. *Lo stato attuale della cura chirurgica dell'ulcera gastro-duodenale.* Rinascenza Medica, nn. 1 e 2, 1929.
8. TARSITANO. Morgagni, n. 27, 1928.

OSPEDALE CIVILE DI MONTEBELLUNA.
Dott. G. MENEGALI, chirurgo prim. e direttore.

Un caso di ulcera semplice del cieco.

Studio clinico e radiologico.

Dott. GIULIO BOMBI, chirurgo aiuto.

Credo opportuno riferire su di un caso di ulcera semplice del cieco capitato alla nostra osservazione, non tanto perchè si tratta di una rarità clinica, quanto perchè, essendo esso venuto alla osservazione del chirurgo senza alcuna indicazione di urgenza, è stato sottoposto ad alcune indagini cliniche e radiologiche sulle quali credo utile richiamare l'attenzione, giacchè per quanto mi risulta dalla letteratura, è questo il primo caso in cui tali indagini siano state eseguite; i risultati di esse non portano a conclusioni senza altro definitive, ma ne emergono alcuni elementi che è opportuno mettere in evidenza perchè in altre occasioni possano giovare alla diagnosi di questa affezione che fino ad oggi è stata una sorpresa per l'anatomo-patologo o per il chirurgo. Riferisco il caso anche per i risultati brillanti dell'intervento praticato (la resezione ampia del tratto colpito), risultati i quali indicano con sicurezza quale sia la via da seguire in casi consimili.

B. L., di anni 37, contadino. Gentilizio negativo. È stato sempre bene fino a circa quindici giorni fa. D'allora il p. va soggetto quasi quotidianamente a delle crisi dolorose addominali; il dolore che viene avvertito nella regione periombelicale e nel quadrante inferiore destro dell'addome, s'inizia in genere con un parossismo acuto che dura pochi minuti, a cui segue un dolore più sordo, profondo, che si prolunga per qualche ora intramezzato di tanto in tanto da nuove esacerbazioni. La crisi dolorosa è provocata quasi costantemente dalla ingestione del cibo e s'inizia mezz'ora, un'ora dopo il pasto sopratutto per ingestione di cibi grossolani o in forte quantità. Al dolore non si è mai accompagnato vomito; il p. ha invece notato, in coincidenza con la crisi dolorosa, la comparsa di tumefazioni vaganti nella regione medio-gastrica, che sollevano la parete addominale, e che vengono descritte come dovute ad anse che si contraggano. Le tumefazioni scompaiono del tutto col cessare della crisi dolorosa. L'alvo si è sempre mantenuto regolare, nè le feci hanno mai presentato particolari caratteri. Non vi è mai stata febbre. L'appetito è ben conservato, però il p. ha da qualche tempo adottato una dieta del tutto liquida la quale viene molto meglio sopportata.

Lo stato generale è rimasto pressochè inalterato.

All'esame obbiettivo si nota:

Condizioni generali buone. Nulla di anormale a carico degli organi toracici. All'esame dell'addome si nota nella regione mesogastrica, subito al disotto dell'ombelico e un poco a destra di esso, una tumefazione del volume di un uovo circa, allungata in senso trasversale, di consistenza molle elastica; la tumefazione, immobile nei movimenti del respiro, presenta una estesa mobilità passiva in ogni senso La palpazione di essa non provoca dolore ad eccezione di un punto circoscritto, situato presso a poco al polo inferiore del tumore, in corrispondenza del quale la pressione risveglia un dolore modico. Alla percussione sul tumore si ottiene un suono un po' ridotto. Il fegato e il rene destro si apprezzano normali e del tutto indipendenti dalla tumefazione descritta.

Esame delle urine: nulla di patologico.

Esame delle feci: presenza di sangue (infermo a dieta lattea da due giorni).

Esame radiologico: esso fu limitato ad un'osservazione radioscopica dell'apparato digerente dopo ingestione di un pasto opaco di bario.

Lo stomaco appare nomarle per forma, volume e posizione; la peristalsi è vivacissima con onde avvicinate e profonde, lo sperone preantrale è molto accentuato, lo svuotamento è rapidissimo.

Non si notano anomalie della ombra gastrica; anche il bulbo duodenale ed il resto del duodeno appaiono normali. Non esiste nessun punto doloroso alla pressione.

Dopo due ore lo stomaco è completamente vuoto; il pasto opaco inietta le anse del tenue.

Dopo altre tre ore si trovano iniettati l'ultima porzione del tenue, il cieco, e il colon ascendente fino all'angolo epatico. L'ultima porzione del tenue appare modicamente dilatata; il cieco ha aspetto normale, solo al di sopra di esso si nota una zona ristretta di aspetto spastico; lo spasmo scompare colle manovre palpatorie per ricomparire poi a tratti nelle osservazioni successive; l'osservazione sotto lo schermo permette di stabilire che la tumefazione osservata clinicamente fa corpo col cieco il quale è mobilissimo. L'appendice non è visibile. Nessuna anomalia degna di nota appare successivamente a carico del colon trasverso e del discendente. Dopo 24 h. dalla prima osservazione il pasto è accumulato nell'ultima parte del discendente e nel sigma; esiste in questo momento sul fondo del cieco un piccolo residuo di pasto opaco, netto, rotondeggiante; premendo sotto lo schermo su questo punto si provoca un dolore netto e costante.

Intervento operativo: 27 maggio 1926 (dott. Menegali).

Eteronarcosi regolare. Incisione transrettale destra. La tumefazione apprezzata all'esame clinico è rappresentata dal cieco il quale si presenta grosso, a pareti fortemente infiltrate e rigide, con aspetto di flogosi cronica; provvisto di un lungo meso si lascia facilmente spostare in ogni senso nella cavità addominale. Numerose aderenze infiammatorie, alcune sottili e membranose, altre tese e rigide, circondano l'ultima ansa del tenue fissandola alla parete, e si estendono lungo il colon ascendente fino all'angolo epatico. L'appendice partecipa della flogosi senza altre note particolari. I gangli del mesentere sono grossi, infiltrati, coi caratteri di gangli flogistici.

Si pratica la emicolectomia destra asportando in pari tempo un tratto dell'ultima ansa del tenue, e si fa seguire una ileo-trasverso-stomia termino-terminale. Si peritoneizza la fossa lombare e si chiude la parete addominale senza lasciare alcun drenaggio.

Il decorso post-operatorio è ottimo; in quattordicesima giornata l'infermo si alza dal letto ed in sedicesima viene dimesso dall'ospedale.

Ho riveduto l'infermo qualche tempo addietro, più di due anni dopo l'intervento; egli non ha più avuto alcuna sofferenza, il circolo intestinale è divenuto rapidamente normale, lo stato generale è molto migliorato.

L'esame macroscopico del tratto di intestino asportato mostra in corrispondenza del fondo del cieco una grossa ulcera a stampo, rotondeggiante, del diametro di circa due centimetri; i margini dell'ulcera sono leggermente ispessiti, il fondo è grigio-rossastro, la mucosa circostante all'ulcera è un poco tumida, di colorito rosso fosco. In tutte le altre porzioni del tratto di intestino asportato la mucosa ha aspetto normale; la valvola ileo-cecale è indenne. Le pareti del cieco sono fortemente ispessite, infiltrate e rigide.

L'esame istologico praticato in corrispondenza dell'ulcera, fa rilevare una necrosi della mucosa e sottomucosa, con infiltrazione parvicellulare circostante molto scarsa; a carico dei vasi sanguigni si notano lesioni di endo- e periarterite in alcuni punti a tipo obliterante.

Secondo Nordmann i casi finora noti e pubblicati di ulcera semplice del colon sono circa una quarantina e le notizie che possediamo riguardano esclusivamente ulceri perforate, riconosciute all'intervento chirurgico. Quenu e Duval hanno per primi compiuto un lavoro di raccolta dei casi noti ed hanno anche tentato di costruire sull'argomento un capitolo di patologia; in seguito numerosi altri autori hanno portato un contributo notevole all'argomento, sia pubblicando casi personali di ulceri semplici del colon perforate, sia compiendo opera di raccolta e di recensione dei casi precedentemente noti.

Quale è la frequenza dell'affezione? Non è possibile dare a tale domanda una risposta neanche approssimativa perchè giungono a nostra conoscenza quasi soltanto i casi che arrivano alla perforazione; è da pensare che molti altri ne sfuggano sia perchè clinicamente muti, sia perchè rivelati da una sintomatologia che avendo ben poco di caratteristico, non richiama alla mente l'ipotesi dell'ulcera colica. È probabile che questa sia meno rara di quanto siamo abituati a pensare, e che possa essere responsabile di sindromi colitiche, o punto di partenza di briglie pericoliche e di pseudotumori infiammatori. Anche alla autopsia come è comunemente praticata un'ulcera del colon, specialmente se piccola o già cicatrizzata, può facilmente sfuggire quando l'attenzione del settore non sia richiamata in modo particolare sul grosso intestino.

Del tutto insoluti sono i problemi della etiologia e della patogenesi della affezione; esclusa a priori la possibilità di una origine peptica, sono state rimesse in onore dai vari autori la maggior parte delle teorie già formulate per l'ulcera gastrica e duodenale, senza che sia possibile accordare all'una di esse maggior credito che all'altra. Mi limito ad osservare che nel caso capitato alla nostra osservazione mancava del tutto la stipsi cronica alla quale alcuni autori attribuiscono importanza fondamentale nella genesi dell'ulcera.

L'ulcera può prodursi in qualunque tratto del colon. Esistono però delle sedi di predilezione tra le quali vengono in prima linea il cieco e il colon pelvico; seguono poi in ordine di frequenza il colon ascendente, l'angolo splenico, il colon discendente, il retto, l'angolo epatico, il colon trasverso.

L'ulcera può essere unica o multipla. Essa ha i caratteri macroscipici ed istologici dell'ulcus simplex dello stomaco e del duodeno.

Come nelle ulceri semplici di alre sezioni dell'apparato digerente, anche qui alla lesione ulcerosa si possono aggiungere alterazioni infiammatorie croniche, sia a carico della parete intestinale, sia a carico del peritoneo pericolico, e ne può derivare la formazione di membrane e briglie, oppure di tumefazioni pseudo-neoplastiche.

L'ulcera può guarire spontaneamente con formazione di una cicatrice stenosante o non; più spesso, sembra, essa giunge alla perforazione, la quale, a seconda delle condizioni anatomiche locali, potrà dare origine ad una peritonite generalizzata o circoscritta; sono stati descritti anche casi di perforazione extra-peritoneale con formazione di flemmoni retroperitoneali della fossa lombare e della fossa iliaca.

La sintomatologia dell'ulcera del colon è fra le più incerte. Per quello che oggi se ne sa, mi sembra che si possano schematizzare tre gruppi di forme cliniche, e cioè:

1) Quelle in cui l'affezione decorre e giunge al suo esito (cicatrizzazione o perforazione) senza dare nessun segno di sè; queste sono forse le più frequenti fra tutte;

2) Quelle che si rendono evidenti attraverso complicazioni infiammatorie a tipo subacuto o cronico, le quali determinano modificazioni anatomiche grossolane rilevabili all'esame clinico; gli pseudo-tumori infiammatori a cui l'ulcera può dare origine non hanno però naturalmente nessun particolare carattere che valga a differenziarli dalle tumefazioni dovute a tumori del colon e, specialmente per il cieco, da quelle dovute a tubercolomi;

3) Quelle in cui l'ulcera si manifesta prevalentemente con una sindrome dolorosa.

Il comportamento del dolore non offre in tali forme elementi i quali permettano di definire una sindrome caratteristica dell'ulcera del crasso. Duval richiama l'attenzione sulla esistenza di crisi coliche accompagnate da meteorismo, emissione di gas e di feci solide o liquide; non mi sembra che tale crisi abbia nulla di caratteristico: essa indica o la compartecipazione di una sezione ampia del colon, o almeno un modo di reagire di esso ad una affezione della sua parete, che è comune anche per altre lesioni. I sintomi che bisogna sopratutto mettere in evidenza sono quelli di una lesione circoscritta, e cioè l'esistenza di un dolore limitato, spontaneo o provocato alla pressione, quale esisteva appunto nell'infermo da noi osservato. Ma il nostro paziente presentava anche altri punti sintomatologici sui quali voglio in modo particolare richiamare l'attenzione, e cioè: il carattere accessuale delle crisi dolorose; il rapporto di essa con i pasti e con la qualità dei cibi, per quanto non sia ben chiaro come tale rapporto possa essere spiegato; infine l'esistenza, costante in coincidenza con le crisi dolorose, di uno stato di contrazione spastica dell'intestino che si rendeva evidente con la comparsa di sollevamenti addominali e che richiama un poco alla mente il comportamento dello stomaco nelle lesioni ulcerose juxta-piloriche. Se si pensa alla esistenza dello sfintere ileo-cecale di Varolio e a quella degli sfinteri propri del colon, non si può non pensare a certe analogie col comportamento dello sfintere pilorico.

La diagnosi delle forme perforate che si presentano col quadro di una peritonite diffusa o circoscritta, o con quello di un flemmone extra-peritoneale, è impossibile; si interviene per lo più in tali casi per combattere l'episodio acuto, ed è solo ad addome aperto che se ne riconosce la causa.

La diagnosi delle forme non perforate è anche essa difficilissima, sia per l'incertezza degli elementi su cui si fonda, sia perchè, nella discussione delle ipotesi diagnostiche, all'ulcera semplice del colon in genere non si pensa affatto.

Mezzi diagnostici sussidiari possono essere la retto-sigmoido-scopia, la ricerca del sangue nelle feci, l'esame radiologico. La retto-sigmoido-scopia è di grandissima utilità e permette una diagnosi di certezza nelle ulceri della porzione terminale del crasso. Circa la frequenza di emorragie latenti nelle feci, che nel nostro infermo esistevano, i pareri degli autori sono notevolmente discordi; d'altra parte la constatazione di esse chiarisce ben poco la questione, essendo reperto abituale nelle coliti ulcerose, nei tumori ulcerati, ecc.

Per quanto riguarda l'indagine radiologica, non mi risulta che esistano nella letteratura osservazioni radiologiche di ulcera semplice del colon: io penso però che sia proprio dall'esame radiologico che si possano trarre gli elementi più probativi per la diagnosi. Intanto esso permette senz'altro di localizzare nel colon la sede delle sofferenze (dolore di pressione; pertinenza al colon di una tumefazione pseudo-neoplastica) e permette anche di stabilire che si tratta di una lesione circoscritta, escludendo tutto il gruppo delle coliti diffuse, la pericolite membranosa, le sofferenze da ptosi del colon, ecc.; perciò in ultima analisi il pro-

blema da risolvere sarà di ricercare se esistano segni radiologici che depongano per l'ulcera semplice piuttosto che per altre affezioni circoscritte (tbc. del cieco, carcinoma all'inizio, stenosi cicatriziali o da aderenze, ecc.). Nel caso capitato alla nostra osservazione, come sopra ho detto, l'esame radiologico si limitò alla indagine radioscopica e non furono eseguite radiografie; deve quindi considerarsi come un esame incompleto, ma pure attraverso ad esso due fatti mi sembra che possano mettersi in rapporto con la lesione ulcerosa: il residuo opaco persistente nel cieco quando la massa del pasto era giunta nell'ultima porzione del colon, e l'esistenza di uno spasmo circoscritto della parete del colon al di sopra del cieco. L'osservazione di un caso non può essere sufficiente per definire elementi tanto delicati, e d'altronde la mia esperienza in materia è troppo scarsa perchè io possa presumere di attribuire un qualche valore specifico ai fatti osservati; mi limito pertanto a segnalarli. Il residuo opaco nel cieco è osservazione comune e non ha certo di per sè grande importanza, però mi è sembrato suggestivo il fatto che la macchia opaca era rotondeggiante e netta così da richiamare alla mente quasi una immagine di nicchia, e che premendo su di essa si risvegliava una sensazione nettamente dolorosa. Quanto allo spasmo sopra-cecale è oggi ben nota l'esistenza nel cieco e nel colon ascendente di zone sfinteriche che possono essere sedi di contrazioni spastiche per lesioni parietali del cieco (sfintere di Varolio; sfintere di Busi; sfintere di Hirsch; sfintere di Kenon); nel caso capitato alla mia osservazione il reperto di tale spasmo mi sembra che dia ragione della sintomatologia subbiettiva accusata dall'infermo, sintomatologia la quale si può riassumere in una sindrome accessuale spastica caratterizzata da dolore e da contrazioni visibili delle anse intestinali.

Infine spesso accadrà che, dopo esperiti tutti i mezzi, si chieda alla laparotomia esplorativa la soluzione del problema diagnostico. In questi casi può accadere che le incertezze diagnostiche sussistano anche ad addome aperto, ed il reperto può essere tale da non autorizzare senz'altro il chirurgo a procedere a quella che noi pensiamo debba essere l'operazione di scelta: la resezione. Se infatti il reperto di un pseudo-tumore infiammatorio autorizza senza altro l'intervento radicale, ciò non avviene per altri aspetti con cui l'ulcera può presentarsi all'esame esterno del colon. Per analogia con quanto avviene nelle ulceri dello stomaco e del duodeno, e per gli scarsi reperti anatomopatologici che possediamo, è logico pensare che l'ulcera del colon possa, in alcuni casi, rivelarsi soltanto con una cicatrice della sierosa, oppure essere causa e punto di origine di una pericolite membranosa o di una briglia fibrosa stenosante; ma a parte la difficoltà di ricercare su tutto il colon una cicatrice, rimane il problema di interpretare in senso giusto il significato di essa e dei fatti infiammatori sovrapposti. Evidentemente in questi casi la soluzione del problema terapeutico è affidata non solo al senso critico del chirurgo, ma anche al suo ardimento operatorio e alla padronanza della propria tecnica.

La terapia dell'ulcera semplice del colon non può essere che chirurgica, tanto più che all'intervento spetta innanzi tutto il compito di accertare le diagnosi.

Nei casi di ulcera perforata la maggioranza degli autori consiglia la sutura semplice e l'affondamento dell'ulcera, accompagnata naturalmente da una accurata detersione del peritoneo nei casi di peritonite generalizzata, e da drenaggio degli ascessi intra- ed extraperitoneali, nei casi di suppurazioni circoscritte.

Nell'ulcera non perforata, specialmente quando si presenti come un pseudo-tumore infiammatorio, la resezione è il trattamento di scelta; nel caso da me riferito essa è stata praticata, credo per la prima volta, per tale indicazione, e ne sono stati del tutto soddisfacenti sia il decorso post-operatorio, sia i risultati lontani. Quando esistano condizioni locali o generali che controindichino la colectomia, Duval consiglia di sostituirla con una anastomosi ceco-colica o ileo-sigmoidea. Nelle forme di ulcera che si rivelino solo con una cicatrice sulla sierosa intestinale, ci si può limitare alla resezione dell'ulcera.

CONCLUSIONI.

1) Il caso riportato è sembrato meritevole di pubblicazione perchè, per quanto risulta, esso è il primo del genere in cui l'intervento, praticato al di fuori di ogni indicazione di urgenza, è stato preceduto da indagini cliniche e radiologiche, e perchè alcuni dei risultati di tali indagini sono sembrati particolarmente interessanti;

2) Dal punto di vista clinico, alcuni dei fatti rilevati non hanno certamente nessun carattere di specificità: tali sono il reperto di una tumefazione pseudo-tumorale e la presenza di emorragie latenti nelle feci. Ma altri, per essere profondamente diversi dalle sindromi con cui si presentano abitualmente le affezioni del colon in genere e del cieco in specie, acquistano particolare valore e richiamano la

nostra attenzione; tali sono l'esistenza di crisi dolorose accessuali, in rapporto con la ingestione del cibo, a sede costante, accompagnate da una sindrome di contrazione spastica dell'intestino, e l'esistenza di un punto doloroso circoscritto alla pressione;

3) Dal punto di vista radiologico, i fatti rilevati mi sembra che abbiano importanza anche maggiore. Il residuo opaco persistente nel fondo del cieco, nella porzione di esso che anatomicamente corrispondeva all'ulcera, ricorda la nicchia tipica delle ulceri dello stomaco e del duodeno; l'esistenza di spasmi persistenti in zone sfinteriche ben note, richiama alla mente il comportamento dello sfintere pilorico in alcune lesioni ulcerose dello stomaco e del duodeno;

4) Dal punto di vista terapeutico, la resezione ampia del tratto colpito dimostra di essere il trattamento di scelta, come quello che, oltre a sopprimere la lesione già in atto, rimuove probabilmente in modo definitivo le cause che ne hanno determinato l'inizio e la persistenza.

BIBLIOGRAFIA.

1. LE DENTU et DELBET. *Nouveau Traité de chirurgie*, fasc. XXXVII, pag. 276
2. QUENU et DUVAL. *Ulcus simplex du gros intestin*. Revue de chirurgie, 1902.
3. KAUSCH in v. BERGMANN's. Handbuch, V Aufl. Bd. III, 1923, S. 333.
4. A. W. FISCHER. *Ueber das Ulcus simplex des Dünn- u. Dickdarms*. Virchow's Archiv, 1921, Bd. 234.
5. ROGER WIDAL TEISSIER. *Nouveau Traité de médecine*, fasc. XIV.
6. DUBS. *Das Ulcus simplex perforatum des Dickdarms*. Deut. Zeit. f. Chir., 1919, Bd. 150.
7. SOUPAULT. *Contribution à l'étude de l'ulcère simple colique*. Revue de Chirurgie, 1920, a. 39, n. 7-8.
8. BASILE. *L'ulcera semplice dell'intestino*. Policlinico, Sez. pratica, 1920, fasc. 49, p. 1410.
9. PORAK-DURANTE. Ref. in Zentralblatt f. Chirurgie, 1903, p. 877.
10. EUNICKE. *Ulcus simplex des Dickdarms*. Deut. Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 147.
11. BOSS. Brunn's Beiträge zur Klinischen Chirurgie, 1927, n. 1.

MEDICINA SOCIALE

Idrargirismo professionale e tubercolosi.

Dott. RENATO SCHEMITZ
medico della R. Miniera di Idria.

È noto che il mercurio è un tossico generale del protoplasma, che ha il potere di modificare e di distruggere le manifestazioni vitali della cellula dell'organismo.

Il mercurio assorbito nel nostro corpo ha una spiccata tendenza ad annidarsi nel nucleo delle cellule viventi e formare, col protoplasma delle stesse, l'albuminato di mercurio.

Il mercurio precipita l'albumina delle cellule e determina in tal modo la necrosi delle stesse, e per la sua lenta eliminazione dal nostro organismo, si compie una continua distruzione dei tessuti di elezione.

È stato dimostrato da Waller, Lerch, Grassi, Devrault ed altri che il mercurio nel nostro organismo ha un accentuato potere emolitico e che nei casi d'idrargirismo acuto, l'indice cromico dei globuli rossi è sotto il normale, tanto da mascherare un'anemia secondaria. Oltre a ciò il mercurio ha il potere di distruggere i tessuti dell'organismo, e questo suo potere lo deve al suo effetto distrofico e necrotizzante di tutte le cellule. In tal modo viene tolta alla cellula la sua attività biologico-funzionale, e siccome la distruzione cellulare è più rapida della rigenerazione, così si ha uno squilibrio fra necrosi e rigenerazione, squilibrio che determina un deperimento generale di tutto il complesso cellulare che è il nostro organismo. Ecco perchè il deperimento derivante dall'avvelenamento mercurico è tanto imponente da degenerare in cachessia. Non è quindi illogico pensare che l'idrargirismo sia uno dei più formidabili predisponenti alla tubercolosi, il mercurialismo deve esser considerato come una malattia oltremodo anemizzante e debilitante, che mette l'organismo nelle condizioni le più favorevoli alla ricettività della tubercolosi, o per lo meno è un coefficiente alla riaccensione di focolai spenti.

Il mercurialismo esercita nell'organismo effetti diretti ed indiretti, agli effetti diretti appartengono tutti i sintomi della patologia mercurica, agli effetti indiretti appartengono tutte le forme della tubercolosi diretta ed ereditaria.

L'idrargirismo si ripercuote sulla prole degli avvelenati e ne imprime le sue fatali stimmate. La potenza e l'efficienza concettiva persistono anche nei mercurici cronici affetti da tremori accentuati. Kussmaul sostiene che i figli dei lavoratori nelle industrie di mercurio, sono tutti predisposti alla scrofolosi, al rachitismo ed alla tubercolosi, e lo comprova il fatto che un individuo sano, sposato ad un altro individuo sano, ottiene prole sana; se quello stesso individuo, per circostanze varie, si unisce ad un altro individuo affetto da mercurismo, op-

pure uno dei due si ammala nel frattempo di idrargirismo, la prole sarà tarata e cagionevole.

Il Telcky afferma che il mercurialismo si ripercuote sulla prole soltanto se la madre ne è affetta, il mercurialismo paterno non avrebbe alcun effetto nocivo sui discendenti. Io invece, per quello che ho potuto riscontrare a Idria, posso affermare che la debolezza congenita dei figli venga causata unicamente dal mercurialismo paterno. Io non credo che ci sia differenza fra mercurialismo paterno o materno. Anche risalendo alle leggi biologico-embrionali, dobbiamo dedurre che gli effetti sono uguali, poichè non si tratta di un virus speciale che possa subire delle modificazioni attraverso il filtro placentare oppure nella spermatogenesi, si tratta invece di un indebolimento generale di tutte le cellule, comprese quelle sessuali che alla lor volta sono la causa determinante della debolezza congenita nella prole. Il mercurialismo non genera la tubercolosi ma prepara l'organismo a contrarla.

A Idria la tubercolosi, in tutte le sue forme, è molto in fiore, non c'è famiglia che non abbia avuto o non abbia un tubercoloso, e quantunque si sia tentato con ogni mezzo di sradicarla o di ridurla al minimo, pure le fatiche rimasero in parte vane.

Su 100 casi di tubercolosi il 65 % occupa la tubercolosi polmonare ed il 35 % tutte le altre forme.

Dato l'alto indice di volatilità del mercurio, esso viene facilmente assorbito dal nostro organismo, ed anche i polmoni ne vengono attaccati, determinandosi così un'imbibizione di tutto il tessuto bronco-alveolare. È naturale quindi che in tal caso i polmoni vengano ad acquistare una forte diminuzione di difesa e presentino un campo molto idoneo all'aggressione del bacillo Kochiano.

La tubercolosi a Idria presenta una certa gravità per la sua alta percentualità di morte.

Nel ventennio 1907-1926 si ebbe fra i minatori in attività di servizio il 0.53 % di morti per tubercolosi di tutte le forme, con una media decennale del 7.6 e rispettivamente 7.3.

Nel decennio 1907-1916 si ebbe fra i famigliari dei minatori una mortalità per tubercolosi del 0.63 %, con una media decennale del 16.3; nel decennio 1916-1926 si ebbe una percentuale del 0.507 % con una media decennale del 13.2.

Fra i privati si ebbe nel ventennio 1907-1926 una percentuale di mortalità per tubercolosi del 0.31 % con una media ventennale di 4.3.

Dai dati su esposti si nota una certa differenza di mortalità fra i minatori, famigliari e privati. La morte coglie per lo più gl'individui dai 20 ai 30 anni.

Le dolorose stimmate dell'ereditarietà le vediamo scolpite a margini molto netti nei bambini, su 50 cutireazioni fatte a bambini dai 2 ai 10 anni, ben 40 diedero cutireazione positiva, e ciò corrisponde all'80 %.

Nel 1927 ebbi occasione di visitare le scuole elementari di Idria e su 435 bambini e bambine (figli di minatori) dai 6 ai 14 anni, vi riscontrai: il 50 % di micropoliadenopatia cervicale, il 35 % di denti seghettati e caries dentaria, il 25 % di ipertrofia della glandola tiroide, il 30 % di deficienza di sviluppo e denutrizione generale, l'11,5 % di scapole alate, il 3 % di asimmetria facciale, il 2 % di stigmate d'idiozia, il 20 % di rachitismo, l'1,1 % di vegetazioni adenoidi, il 2,5 % di blefaro-congiuntivite, l'1,1 % di tubercolosi ossea, il 2 % di tubercolosi polm., il 5 % di malattie della pelle, il 2 % di macrocefali, il 3,5 % di vizi cardiaci organici e non organici e l'1,5 % di deficienti. Su 40 bambine dai 12 ai 14 anni, il 50 % presentava arresto di sviluppo sessuale.

Ma una delle cause più importanti nel bagaglio delle tare è senza alcun dubbio la mancanza degli incroci.

La predisposizione individuale si accentuava e si accentua, per il fatto che i matrimoni avvengono sempre nello stesso ambiente etnologico sociale, con frequenza fra parenti. La mancanza d'incrocio ed i matrimoni fatti sempre nello stesso ambiente, non permettono una correzione delle tare ed esaltano sempre più i tendenzionalismi patologici.

Un esempio illustrativo ce lo danno gli esiti delle leve militari.

Le classi 1904-1905-1906 fra i minatori e figli di minatori, diedero una media d'inabili del 35,3 %.

A Idria di sotto, dove c'è l'incrocio fra minatori e contadini, le classi 1904-1905-1906 diedero, fra i minatori e figli di minatori, una percentuale d'inabili del 25 %. Da questi dati dobbiamo concludere che oltre l'idrargirismo, va preso in seria considerazione l'incrocio. Esiste ancora la disposizione che ogni minatore, prima di sposarsi, deve avere il nulla osta del medico della Miniera, ma se questa disposizione aveva una certa importanza nel secolo passato, oggi riveste un carattere di pura formalità ed il medico deve assistere impassibile a questo sistematico decadimento.

L'idrargirismo va scemando ed i casi impressionanti descritti da Kussmaul, Teleky e Gerbec, sono oggi un mito, basta consultare i diagrammi dell'ufficio topografico, per ritrarre un'impressione soddisfacente. Però la decadenza e la tendenza alla tubercolosi, rimangono, perchè gli organismi sono tarati e predisposti e forse una trasfusione di nuovo materiale umano potrebbe modificare e ricostituire l'ambiente.

Nel decennio 1869-1878 si aveva una media decennale d'idrargirici del 15 %; nel decennio 1884-1893 una media decennale del 4,5 %; dal 1900 al 1909 una media del 2 % e dal 1910 al 1925 si ha una media costante dell'1,55 %.

Naturalmente le cifre si riferiscono solamente ai casi evidenti e denunciati; i casi di

idrargirismo latente non contano nella bilancia statistica. È naturale che volendo analizzare tutti i minatori si avrebbe il 90 % d'idrargirici (mancanza dei denti, devastazione anatomica del tessuto gengivale, piccoli tremori, ecc.).

La tubercolosi invece non sta in una discesa proporzionale all'idrargirismo. Nel decennio 1907-1916 si ebbe una percentuale di morti per tubercolosi, fra i minatori e famigliari, del 0,53% e nel decennio 1917-1926 del 0,52%.

Fra i morti per tubercolosi appartenenti ai privati bisogna calcolarne il 50 % provenienti da famiglie di minatori o stretti almeno da intimi legami di parentela, sicchè dovrebbero venir elencati fra i famigliari dei minatori, dato però che non hanno attinenza alcuna con la professione o rapporti, sia economici che assistenziali, colla Miniera, devono venir elencati a sè pur avendo geneologicamente la stessa derivazione. Molti invece sono figli di minatori oltre i 14 anni, i quali perdendo tutti i diritti economici e morali dell'amministrazione della confraternita montanistica (vecchia istituzione assistenziale del cessato regime che sta ora adattandosi allo spirito di previdenza sociale del Governo Nazionale), figurano nella rubrica dei privati. Ecco perchè la percentuale di morti per tubercolosi fra i privati, che a Idria toccano appena il quinto della popolazione complessiva e formano per lo più la casta agiata, può sembrare relativamente considerevole, rispetto ai morti fra i minatori e famigliari.

L'idrargirismo è un fattore che indiscutibilmente ha un grande valore nel determinare un tendenzionalismo alla tubercolosi.

I fatti lo dimostrano eloquentemente a Idria come pure ad Almaden dove fra i minatori si ha una mortalità per tubercolosi del 0,23 % mentre fra la popolazione la mortalità per tubercolosi tocca appena il 0,083 %.

Fra i minatori delle cave di Amiata pare che la tubercolosi sia rara, nelle miniere del Siele pochi soccombono alla tubercolosi. Ci sono di quelli che avanzarono l'ipotesi che le abbondanti emanazioni di anidride solforosa, di cui le miniere del Siele sono impregnate, possano agire da disinfettante dei polmoni (io non ammetto questa ipotesi poichè l'anidride solforosa ledendo la mucosa respiratoria, la mette in condizione di minorata difesa fisiologica e quindi la dispone all'insorgenza tubercolare).

L'idrargirismo però non potrebbe determinare da solo tutta quella strage che si ha a Idria se non vi cooperassero anche altri fattori di non minore momento:

1) La mancanza d'incrocio ed i matrimoni nella stessa cerchia sociale e fra parenti;

2) La razza: è noto che la Venezia Giulia sia una delle più flagellate regioni d'Italia e l'elemento sloveno ne è il più colpito dalla tubercolosi;

3) L'alcoolismo: dalle statistiche dell'ufficio del dazio risulta che nell'anno 1925 a Idria vennero spacciati 4.442 ettol. di vino, 30 ettol. di sidro, 49.39 ettol. di acquavite e liquori, 181.29 ettol. di birra, ciò corrisponde a 74 litri di vino, 833 grammi di alcool (acquavite e liquori), 1/2 litro di sidro e 3 litri di birra per abitante; dunque ogni abitante consuma annualmente 78 litri e 333 grammi di bevande spiritose con una spesa di circa 247 lire. Tutto ciò va a detrimento della nutrizione;

4) Le abitazioni: vi è una grande penuria di abitazioni, appena 1/3 degli operai abita nelle case erariali che sono, specie quelle a due quartieri, comode ed igieniche, gli altri 2/3 abitano in case private che sono umide con ambienti ristretti ed oscuri;

5) Il clima: la conca di Longatico, cui appartiene anche Idria, è stata sempre piovosa per il fatto che ergendosi all'intorno alte montagne, c'è sempre un grande accumulo di nubi. Le continue oscillazioni termiche, l'alto indice igrometrico e quello basso eologico, sono dei fattori non trascurabili;

6) L'alimentazione: l'alimentazione fra i minatori è scarsa di albumine e grassi, predominano i carboidrati ed i legumi;

7) Il trauma del lavoro: i minatori quando scendono colle gabbie nei pozzi e rispettivamente quando ascendono, devono subire differenti pressioni d'aria. Coll'andar del tempo subentra una certa adattabilità sensitiva, però gli organi della respirazione e della circolazione reagiscono sempre, indipendentemente dalla sensazione, a questo cambiamento di pressione. La conseguenza sarà uno squilibrio circolatorio, che se anche minimo, contribuirà a minare l'indice di resistenza dei polmoni. Anche i repentini cambiamenti di temperatura influiscono sul ricambio calorifico del corpo, e l'organismo in questo alternarsi continuo di pressione e depressione, di caldo e di freddo a grandi sbalzi, non acquista mai un adattamento fisiologico.

Le donne, nelle ore libere, si danno ai lavori dei pizzi, industria molto diffusa in questi paesi; stanno chine sul tombolo per ore ed ore. Il torace si trova in flessione continua e si ha in tal modo una limitazione delle escursioni respiratorie. Ci sono delle ragazze che passano la giornata intera sul tombolo, curve ed affloscite.

La diminuzione, in ampiezza, delle escursioni respiratorie, è causa continua d'incompleta ossigenazione del parenchima polmonare e di una diminuzione d'irrorazione sanguigna; i polmoni in tal modo indeboliti e denutriti presentano un ottimo campo d'azione ai bacilli della tubercolosi.

L'idrargirismo è stato la causa iniziale e la determinante di tutti i tendenzionalismi pato-

logici, però non si può incolparlo come causa unica, nè come forza preponderante, specialmente ora che si sono introdotti miglioramenti tecnici ed igieniche distribuzioni di servizio. Negli ultimi anni il Governo Nazionale ha cercato con ogni mezzo di creare dei miglioramenti economici ed igienici e mercè il perspicace interessamento dei dirigenti, si può affermare che l'idrargirismo costituisce puramente un'affermazione patologica. Ultimamente si è iniziata un'intensa propaganda antialcoolica, ed è sperabile che la saggia parola dei dirigenti faccia breccia e convinca i minatori che il vino non genera energia, ma prepara alla tubercolosi.

Anche la tubercolosi, del resto, accenna a regredire; difatti vediamo che nel decennio 1897-1906 si ebbero 329 morti per tubercolosi fra i minatori e famigliari, nel decennio 1907-1916, 239; e nel decennio 1917-1926, 205. E quantunque le cifre sieno ancora molto alte rispetto alle altre regioni e città e non proporzionali alla discesa dei casi d'idrargirismo, pure c'è da sperare che in qualche decennio questo flagello sia domato.

Oggi esiste a Idria un dispensario antitubercolare che funziona magnificamente, e quanto prima sarà messo in completa efficienza un sanatorio ospedale di 25 letti e così speriamo che questa piaga, che fu un vero spauracchio per tanti decenni, sia domata ed il binomio idrargirismo e tubercolosi divenga un concetto sorpassato.

RIASSUNTO.

L'idrargirismo professionale oltre che esercitare effetti diretti nell'organismo (sindrome mercurica) lo dispone ad effetti indiretti (tubercolosi diretta e tubercolosi ereditaria). Ma agli effetti indiretti cooperano fortemente anche le cause sociali: il clima, la nutrizione, la mancanza d'incrocio nei matrimoni, la razza, l'alcool, le abitazioni ed il trauma del lavoro. I progressi igienico-industriali vanno attenuando questa patologia del lavoro che nel passato causò tanti danni.

BIBLIOGRAFIA.

(1) GAGLIO. *Materia Medica.*

(2) LUDWIG TELEKY. *Die Gewerbliche Quecksilbervergiftùng.*

(3) ADOLF KUSSMAUL. *Untersuchungen über den Constitutionellen Mercurialismus und sein Verhältniss Zùr Constitutionellen Syphilis.*

(4) JOSEF HERMANN. *Die Mercurial-Krankheiten.*

(5) R. SCHEMITZ. *Stato economico e Tubercolosi.* Rinnovamento Medico; Giornale di Tisiologia; 28 febbraio 1929.

(6) ID. *Sesso e Tubercolosi.* Ibid., 31 dic. 1928.

(7) ID. *Infanzia e Tubercolosi.* Ibid., 30 nov. 1928.

(8) ID. *Scuola e Tubercolosi.* Rinnov. Medico, Gazzetta Internazionale Medico-Chirurgica, 31 dicembre 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Esiste una vera immunità attiva nella sifilide?

(W. KOLLE e R. PRIGGE. *Deut. med. Wochens.*, 14 giugno 1929).

La questione dell'esistenza di una vera immunità attiva è di grande importanza, non solo per parecchi problemi che si presentano nel decorso di tale malattia, specialmente per le affezioni tardive, quali la paralisi, l'aortite, la tabe, ecc. e per un'idea più esatta della patologia della sifilide, ma anche per la terapia. Si può, p. es., sollevare la questione se per mezzo di alcune misure terapeutiche, non si impedisca la formazione di una immunità attiva vera e propria ed, in tal modo, si lasci la possibilità di recidive e di sifilide tardiva.

L'immunità nella sifilide, dalla maggior parte dei clinici ed esperimentatori, è stata considerata come un'immunità da infezione e l'insensibilità verso nuove infezioni viene riportata alla presenza di spirochete nell'organismo infettato. Viceversa, secondo la teoria vigente, quando un individuo in seguito a mezzi terapeutici o ad autosterilizzazione per via biologica rimane libero da spirochete, può prendere una nuova infezione con formazione di ulcera. Contro questa teoria stanno i risultati dei lavori fatti recentemente da studiosi americani specialmente Chesney e Kemp, che partirono da precedenti lavori di Kolle. Questi aveva veduto che il trattamento precoce (entro i primi 45 giorni) della sifilide sperimentale del coniglio porta, in una grande percentuale dei casi, a guarigione, la quale viene dimostrata dalla possibilità di reinfezione. Negli animali trattati, entro i primi 45 giorni dall'infezione, con dosi elevate di salvarsan ed infettati 3 mesi dopo, si sviluppa la lesione primaria, come si ha nei sani, mentre in quelli trattati, sia pure con le stesse dosi, ma dopo i 45 giorni, si ha lo sviluppo dell'ulcera in una percentuale minima e non si ha mai in quelli trattati dopo i 90 giorni.

Chesney ha confermato tali esperimenti, ma ha dato loro un'altra interpetrazione. Egli ritiene che negli animali trattati precocemente col salvarsan, si ha, alla reinfezione, lo sviluppo della lesione primaria perchè l'infezione dell'organismo, la sola che possa portare ad una vera immunità, viene interrotta col trattamento. Se invece, gli animali vengono trattati 3-6 mesi dopo l'infezione, essi vengono non solo sterilizzati, ma diventano attivamente immuni appunto perchè totalmente infettati; in conseguenza dell'immunità che ne residua la reinfezione rimane in essi inattiva.

Chesney ha tentato di confermare queste vedute per mezzo dell'inoculazione delle ghiandole linfatiche. Egli dimostrò che le ghiandole linfatiche di animali sifilitici trattati, in periodo tardivo, con salvarsan non infettavano gli animali sani. Nell'esecuzione delle sue ricerche, però, Chesney non ha tenuto conto di due fatti importanti assodati da Kolle e Schlossberger, che cioè esistono: una superinfezione asintomatica da inoculazione di ghiandole linfatiche ed una immunità per l'ulcera. Quest'ultima consiste in ciò che gli animali i quali, per effetto o non della terapia, non hanno più fenomeni patologici, ad una nuova introduzione di spirochete nel loro organismo non hanno più alcuna reazione e non hanno sviluppo di ulcera al punto d'inoculazione.

Gli AA., tenendo presente questi ultimi fatti, hanno intrapreso una serie di ricerche per risolvere la questione se esista una vera immunità attiva la quale, dopo la guarigione, possa distruggere l'agente infettante, come ritiene Chesney.

Da tali ricerche, risulta quanto segue.

1) *Superinfezione con stipiti omologhi.* Ventisette conigli vengono superinfettati con lo stipite omologo: soltanto in uno, trattato al 90° giorno ed evidentemente non ancora sterilizzato, si ebbe lo sviluppo della lesione primaria; negli altri 26, nessuno sviluppo di ulcera; soltanto in 5, piccoli infiltrati spirochetici al punto di inoculazione, con caratteri di lesione secondaria. Nella maggior parte degli animali rimasti dopo la reinfezione senza fenomeni, i testicoli e le ghiandole linfatiche contenevano spirochete, come si dimostrò con la inoculazione di questi organi in animali sani.

2) *Superinfezione con stipiti eterologhi.* In 26 animali trattati ugualmente, ma con stipiti eterologhi, si è avuto: in 11, sviluppo di ulcera tipica, in 3 delle infiltrazioni non caratteristiche, ma contenenti spirochete. La inoculazione delle ghiandole linfatiche e dei testicoli dei 12 animali rimasti senza sintomi, fatta su animali sani, è stata positiva ed ha cioè dimostrata la presenza delle spirochete in detti organi.

L'inoculazione di ghiandole linfatiche e di testicoli di animali sani è sempre stata senza effetto alcuno.

Queste esperienze, contrariamente alle vedute di Chesney, dimostrano che negli animali sifilizzati da lungo tempo i quali 3-8 mesi dopo l'infezione vengono sottoposti alla terapia salvarsanica con grandi dosi endovenose e, quindi, all'ictus immunizzante, le spirochete penetrano nuovamente nelle ghiandole e, di qui, negli altri organi. Quindi non è dimostrabile l'esistenza di un'immunità vera ed attiva, che porti alla distruzione delle spirochete nuovamente introdotte, siano esse omologhe od eterologhe.

Chesney era arrivato alle sue conclusioni erronee per due ragioni. Anzitutto, egli ha reinfettato gli animali entro un tempo troppo breve dalla terapia salvarsanica; una piccola quantità di salvarsan rimane ancora nell'organismo ed impedisce lo sviluppo delle spirochete nuovamente iniettate; ed anche l'inoculazione delle ghiandole era stata fatta troppo presto dopo la reinfezione (o la superinfezione). Inoltre, non è accettabile la conclusione di Chesney che la non infettività delle ghiandole dimostri la sterilizzazione di tutto l'organismo. Di fatto, è stato provato che il metodo della inoculazione delle ghiandole, per gli animali trattati con la chemoterapia non ha la stessa attendibilità che per gli animali non trattati. Di tali differenze bisogna tener conto quando si studiano i problemi della sterilizzazione e della immunità e si deve attendere, nelle ricerche, il tempo necessario che, nelle esperienze degli AA., è stato di parecchi mesi.

Tutte queste considerazioni hanno anche una grande importanza pratica, in quanto che, se esistesse realmente un'immunità attiva nella sifilide, si dovrebbe lasciare diffondere la sifilide nell'organismo, mentre il trattamento precoce non farebbe altro che interrompere l'autoimmunizzazione ed impedire la vera immunità attiva.

Concludendo, si può dire che le esperienze dimostrano, concordemente con i risultati della clinica, che non esiste una vera immunità attiva nella sifilide. Dalle prime, si deduce anche la prova che esiste realmente un'immunità per l'ulcera, la quale può estendersi, per l'uomo, anche alle diverse varietà biologiche delle spirochete.

La superinfezione senza sintomi si può avere, non solo negli animali trattati precocemente (90 giorni), ma anche in quelli trattati dopo più lunghi periodi (da 180 a 240 giorni). La opinione più diffusa fra i clinici e gli sperimentatori che l'immunità della sifilide sia una immunità da infezione, non è da considerarsi come confutata. FILIPPINI.

SISTEMA NERVOSO.

Innervazione somatica e autonoma.

(L. HESS. *Wien. Klin. Woch.*, n. 12, 1929).

Si possono comprendere i processi fisiologici e patologici di natura nervosa solo se si considerano come sottoposti ad una regolazione interna: fanno parte di questa il sistema nervoso centrale, i nervi periferici, le cellule dei gangli e i plessi nervosi, l'automatismo degli organi, gli ormoni: tutti questi elementi tessono tra i vari organi quelle relazioni e regolazioni molteplici e reciproche, che li fondono in un organismo funzionante unico.

L'A. considera soltanto la regolazione nervosa, che si effettua attraverso due categorie di nervi: gli afferenti e gli efferenti. I primi sono d'un'unica classe, sono tutti somatici,

mentre i secondi si dividono in somatici (che vanno alla muscolatura volontaria ed han sede nel midollo allungato e nelle corna anteriori del midollo spinale), e in autonomi (che vanno a quella involontaria ed han sede in alcuni punti del cervello, nel midollo sacrale e nel lombare) e che a lor volta si distinguono in autonomi simpatici e autonomi parasimpatici.

Prima caratteristica degli autonomi è che essi non vanno direttamente all'organo che innervano, ma incontrano prima un ganglio, onde il loro tragitto si distingue in pre- e postganglionare; seconda caratteristica è che l'innervazione autonoma è sempre doppia (simpatica e parasimpatica) e con azione reciprocamente antagonista.

Le differenze col sistema somatico aumentano se si analizzano i rispettivi meccanismi d'azione; consideriamo, per esempio, dapprima l'innervazione della muscolatura di un arto (sistema somatico), quindi l'innervazione della tunica dei vasi (sistema autonomo): nel 1° caso i vari numerosi fattori che determinano un dato movimento (attività degli agonisti e paralisi degli antagonisti, funzione vicaria delle vie motrici secondarie, ecc.) si fondono in un processo unico, in virtù di azioni coordinative corticali e psichiche (« azione integrativa del sistema cerebrale » di Sherrington); nel 2° caso invece (vasomotilità), la muscolatura vasale è certamente dipendente dai centri cerebrali superiori, ma ne esistono anche altri (nell'ipotalamo, nel bulbo, nel midollo spinale, alla periferia stessa). Si deve inoltre ammettere una motilità vasale di natura miogena come pure i prodotti del ricambio e gli ormoni hanno anch'essi influenza vasomotrice: anche in questo campo infine si deve ammettere l'esistenza di una doppia innervazione (vasodilatatrice e vasocostrittrice).

Non è possibile senz'altro accettare per il sistema autonomo quella gerarchia nervosa, quella suddivisione in neuroni che è classica nel sistema somatico: certo l'influenza cerebrale è in quest'ultimo dominante, mentre nel primo è solo molto indiretta: perciò, nelle distruzioni gravi del cervello e del midollo, i processi vitali autonomi possono — grosso modo — procedere indisturbati. A loro volta i gangli — una volta isolati dai centri superiori — possono divenire stazioni indipendenti; se infine si troncano le fila post-ganglionari, la muscolatura vasale è ancora capace di contrarsi, in virtù della sua autonomia.

L'analisi delle curve della pressione sanguigna permette di studiare la funzionalità dei centri subcorticali, quando i corticali sono esclusi. Durante l'asfissia o la dispnea uremica si vedono, durante il ritmo respiratorio di Cheyne Stokes, comparire le onde di Traube ed Hering nella pressione del sangue: esse sono l'espressione di un'eccitazione puramente spinale.

Le funzioni che si svolgono nella sfera del sistema autonomo sono caratterizzate dalla loro permanenza, variamente graduata dalla loro periodicità e ritmicità: uno stato di eccitazione permanente ci è dato, ad es., dalla ipertonia essenziale, cui possono seguire lesioni vasali ed a cui forse è connesso un alterato chimismo del sangue.

Accanto però a queste funzioni autonome permanenti, esistono quelle labili (v. i vasoneurotici), le oscillazioni parossistiche del tono di innervazione (crisi d'ipertensione, di tachicardia, crisi bradicardiche del X, attacchi stenocardici, crampi delle fibre lisce ecc.): si tratta in questi casi di alterazioni funzionali dei nervi autonomi.

Questi nervi sono infine sottoposti a influenze psichiche, e all'azione degli ormoni; ma questi ultimi hanno un effetto vario a seconda delle condizioni dell'organo che è da loro influenzato, onde risulta l'importanza di queste condizioni per gli effetti dell'innervazione nel campo autonomo.

Anche le stagioni hanno la loro importanza (attacchi di tetania più frequenti nella primavera, ecc.).

L'innervazione somatica e l'autonoma sono intimamente connesse: quando si fa volontariamente lavorare un territorio muscolare, in esso — e spesso anche in quello simmetrico del lato opposto — si dilatano i vasi: tutta la vita è sotto il dominio dei due sistemi, fusi nelle loro funzioni; ma nel sonno, col rilasciarsi dell'innervazione somatica, l'autonomia prende il sopravvento e domina l'organismo.

V. Serra.

L'innervazione delle ghiandole sudoripare e la cura chirurgica dell'iperidrosi.

(Braencker. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 149, p. 713).

Il caso dell'A. è di un notevole interesse. Si trattava di una ragazza di 21 anni che era affetta da una forma grave di iperidrosi delle mani e dei piedi. Cure mediche prolungate rimasero senza effetto mentre le condizioni generali della paziente andavano progressivamente peggiorando per l'intensità della sudorazione che compariva sotto la più lieve causa.

L'A. si pose il problema della cura. Esperienze di fisiologi con la sezione di nervi e esperienze farmacologiche ci hanno insegnato che la secrezione del sudore è regolata da fibre mucose del simpatico; ma quali sono le vie della conduzione nervosa nell'uomo? Cominciò con l'iniettare un cmc. di novocaina nel plesso brachiale e ottenne, per alcune ore, la cessazione della sudorazione sulla mano corrispondente. Ripetette la stessa iniezione nel mediano, nell'ulnare, ecc. e ottenne sempre la cessazione della sudorazione nel territorio corrispondente. Potè stabilire così che la malattia della

paziente non era localizzata alle ghiandole sudoripare ma che risiedeva nel sistema nervoso, forse nel midollo. In più si può dedurre che le vie nervose secretrici decorrono con quelle sensitive e motorie e che quindi sarebbe stata inutile una simpaticectomia periarteriosa dell'arteria brachiale.

Una iniezione di novocaina nei rami comunicanti del simpatico (C VIII e D I), arrestò la secrezione. Per poter essere sicuro di non aver raggiunto anche il ganglio cervicale inferiore ripetette le iniezioni nell'VIII cervicale e nel I dorsale, dopo che questi sono già uniti al ramo comunicante. Gli effetti ottenuti furono identici, tranne che a destra dove la cessazione completa della sudorazione era ottenuta soltanto con l'iniezione nel VII e nell'VIII cervicale e nel I dorsale.

L'A. cominciò l'intervento sezionando i rami comunicanti dell'VIII cervicale e del I dorsale a sin. Dopo l'operazione cessò del tutto l'iperidrosi a sin. senza essere accompagnata da nessun fenomeno motorio o sensitivo.

Indotto dai risultati ottenuti praticò analogamente a quanto aveva fatto per l'arto sup. la sezione dei rami comunicanti dei nervi L IV, L V, S I e S II e ottenne la cessazione completa della iperidrosi.

L'intervento eseguito ha una importanza notevole perchè si è potuto stabilire con esattezza nell'uomo il decorso dei nervi che presiedono alla funzione delle ghiandole sudoripare.

Esperienze eseguite nella stessa paziente con la pilocarpina hanno dimostrato nei primi giorni dall'intervento una sensibilità aumentata al farmaco, che è andata scemando dopo l'intervento. A distanza di 10 mesi l'azione della pilocarpina era appena apprezzabile.

Da questa osservazione si può dedurre che non è degenerata tutta la via vegetativa ma che la degenerazione si è arrestata alle cellule nervose della rete nervosa cutanea, e la pilocarpina agisce ancora su questa rete nervosa funzionante in modo autonomo. Si può dedurre così che l'autonomia di singoli organi o di parte di organi è di origine neurogena.

VALDONI.

CAVO ORALE.

Complicazioni della tonsillectomia nei bambini.

(A. G. OGILVIE. *The Lancet*, aprile 1929, n. 17).

La tonsillectomia è oggi largamente praticata; l'A., basandosi su una statistica di 5000 casi, operati all'Ospedale dei Bambini di Londra, ne esamina le eventuali complicazioni. Sono considerate come tali sia quelle forme morbose che compaiono entro le 24 ore seguenti all'atto operativo, che obbligano il bimbo a letto almeno per un giorno, sia le riesacerbazioni di una malattia preesistente all'operazione, e per la quale l'operazione fu fatta.

Risulta in complesso che l'intervento praticato col metodo di Waugh ha generalmente ottimo successo, e che le complicazioni sono, nella gran maggioranza, facilmente dominabili.

Le complicazioni più lievi sono lo chock chirurgico, la chetosi con glicosuria transitoria, la tachicardia, l'adenite cervicale, un po' di febbre; di importanza alquanto maggiore sono le emorragie, le anemie secondarie di vario grado, le manifestazioni isteriche (vomito), la corea, molto rara, le gastroenteriti acute e l'otite media; si possono avere complicazioni renali, ma anche queste hanno generalmente un decorso mite.

La setticopiemia comporta, naturalmente, una prognosi più riservata: in alcuni casi è stato isolato dal sangue un pneumococco, in altri uno streptococco: tuttavia anche in questi casi la guarigione è frequente.

Si possono avere varie complicazioni polmonari: bronchiti, polmoniti da etere, p. con atelectasie, p. lobari, p. setticemiche: qualche raro caso di empiema, nessun ascesso del polmone, che è invece frequente in America, dove è molto usata l'anestesia locale.

Concludendo, il bambino va attentamente sorvegliato nelle 24 ore che seguono all'operazione di tonsillectomia: un semplice malessere può essere attribuito a uno stato di chetosi, o ad uno choc chirurgico: polso, temperatura e respiro anormali parlano per una complicazione polmonare: se c'è corizza, ricercare i segni di Koplik, se febbre alta senza segni di localizzazione, pensare a una difterite o ad una scarlattina (malattie incidentali ma che possono presentarsi), o ad un'intossicazione. Esaminare sempre polmoni, occhio e urina nel sospetto di una setticemia.

Nel periodo che va da 2 a 10 giorni dopo l'intervento, si può avere febbre elevata, malessere generale: se la ferita operatoria è sporca, indagare sulla possibilità di una setticemia.

Una storia di malattia vaga che si è iniziata coll'intervento e dura da settimane e mesi farà pensare a bronchiettasie, a empiemi, a otiti croniche, ad anemia secondaria. Complessivamente, le complicazioni appaiono in 1 caso su 200.

V. SERRA.

Principî per l'operazione del labbro leporino.

(HÄRTEL. *Bruns Beitr. z. Klin. Chir.*, v. 144, f. 3, pag. 313).

I risultati cosmetici e funzionali dei vari metodi operatori non sono del tutto soddisfacenti. Per la funzione ha una importanza capitale lo strato muscolare, per la cosmesi l'arco rosso del labbro che viene chiamato arco di Cupido. Anche nel labbro leporino si trovano gli elementi di questa linea di bellezza ed il metodo dell'A. si propone di rimetterla a posto mentre il filtro riprende la sua posizione mediana. La mucosa del labbro superiore forma una parte del vestibolo boccale con due

tasche ai lati del frenulo; la musculatura è formata di muscoli a direzione centrifuga (quadrato del labbro sup. e inf. risorio, zigomatico ecc.) e di un sistema a direzione centripeta (orbicolare della bocca, triangolare, buccinatore ecc.). Questo è interrotto nel labbro leporino per cui ne derivano non solo alterazioni funzionali della bocca ma anche disquilibri centrifughi che influiscono su tutto il volto. Il naso presenta una scoliosi dal lato opposto. Noi dobbiamo riformare l'anello muscolare a forza centrifuga preparando il muscolo dalla pelle e dalla mucosa e suturandolo correggendo così tutte le alterazioni dovute alle trazioni varie.

L'operazione viene fatta sotto anestesia regionale mediante iniezione di novocaina nel forame infraorbitale coi seguenti tempi:

Misurazione del rosso del labbro marcando nel centro del tubercolo il centro ideale del labbro superiore e segnando quanto di rosso occorre utilizzare per tutto il labbro prendendo la lunghezza da quello inferiore.

Taglio al limite tra pelle e mucosa e interruzione trasversale del rosso nel punto limite segnato.

Preparazione dei tre foglietti: pelle, muscolo e mucosa in corrispondenza di tale punto denudato dal rosso.

Sutura della mucosa con catgut fino a chiudere tutto il labbro.

Sutura del muscolo (nel qual tempo vediamo raddrizzarsi il naso).

Sutura in seta della pelle e del rosso del labbro.

Sono da evitare le legature con Klemmer e l'emostasi deve esser fatta con compressione o con soluzione fisiologica calda.

Il metodo può essere usato anche nei bambini di 6 mesi. R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

G. B. MARIOTTI-BIANCHI e F. COSTA. *Igiene militare.* Manuale pratico per l'Ufficiale medico. Un vol. in-16° di 599 pag., con tavole. Studio editoriale degli Istituti universitari. Roma, 1929. Prezzo L. 36.

L'igiene militare, sebbene fondata sugli stessi principi dell'igiene generale, ha esigenze del tutto particolari, che rendono necessari speciali adattamenti per potere essere, non solo efficace, ma altresì applicabile. E si esige quindi un accurato studio delle condizioni in cui si svolge la vita militare, che vanno conosciute a fondo, per trovare la soluzione pratica di molti problemi che si presentano assai imbarazzanti a chi non abbia una cultura specializzata in proposito.

La guida che il Colonnello medico prof. G. B. Mariotti-Bianchi ed il Maggiore medico dott. F. Costa offrono in questo volume è evidentemente frutto di un lungo studio e di una perfetta conoscenza della vita militare, per cui i consigli che essi forniscono hanno il pregio di essere pratici e di potere adattarsi alle diverse contingenze in cui si svolge la vita del soldato.

Premesse alcune considerazioni generali circa l'influenza della vita militare sull'organismo e sull'opportunità di una preparazione igienica del soldato, gli AA. trattano l'alimentazione del soldato, l'acqua potabile, l'igiene della pelle e della persona, gli alloggiamenti, gli ospedali, l'igiene coloniale, le disinfezioni e le disinfestazioni. Una metà circa del volume è poi dedicata alle malattie infettive, non soltanto dei nostri climi, ma anche dei paesi caldi.

Ottimo libro, chiaro e succinto, che riunisce tutto quanto vi è di più importante sull'argomento, aggiornato alle ultime vedute scientifiche ed alle più recenti scoperte; esso ha anche il pregio di essere l'unico del genere in Italia. *fil.*

GROTZAHN, LANGSTEIN, ROTT. *Ergebnisse der Sozialen Hygiene und Gesemdheitsfürsorge.* Vol. I, pag. 440. Edit. Thieme, Lipsia. M. 30.

È una raccolta completa e accurata delle leggi, dei mezzi e dei risultati nella profilassi delle malattie dei bambini e dell'igiene sociale. L'esposizione è corredata con numerose tabelle e schemi e con numerose citazioni bibliografiche.

È in corso di pubblicazione il II volume.

VALDONI.

MIGNOT R., CHAPRON H., VIGNES H. *Tuberculose et gestation dans l'espèce humaine et chez les animaux.* Edition de la « Revue de Pathologie Comparée », Paris.

In questo opuscolo sono contenute le relazioni che un tisiologo (Mignot), un veterinario (Chapron), un ostetrico (Vignes) hanno fatto nel 1927 alla Société de Pathologie Comparée. Alle relazioni segue un riassunto delle discussioni.

I 3 relatori considerano ognuno dal suo punto di vista l'arduo problema, che negli ultimi anni è stato dibattuto davanti a vari congressi nazionali e internazionali e che dagli studi più moderni sulla cosiddetta filtrabilità del virus tubercolare e sull'ereditarietà viene reso più grave ed urgente.

Per quanto più la patologia umana tende verso il costituzionalismo, cioè verso l'individualismo, e sembri con ciò menomato il valore della patologia sperimentale, non è chi non veda come d'altra parte lo studio delle *malattie nelle singole specie animali* porti contributi di fatto utili per la comparazione con le *malattie umane.*

Pur troppo, come dimostra Chapron per il problema *tubercolosi* e *gestazione*, le cono-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

scenze sulle malattie degli animali non sono molto approfondite. Appunto perciò è opportuno mettere in luce questo lato della patologia degli animali e incoraggiare i tecnici per la via degli esami sistematici e dei reperti anatomici.

La patologia comparata — quando prendesse sviluppo — sarebbe una branca della biologia che molto conferirebbe al progresso della medicina. Il libro che esaminiamo merita rilievo per quanto contiene sull'argomento (specialmente per la parte metodologica svolta da Vignes), e per quanto è esempio dei vantaggi che lo studio comparato della patologia può addurre quando sia condotto con serietà.

V. ASCOLI.

In merito alle "Rivendicazioni Italiche"

Ne «La Presse Médicale» del 24 luglio, J. Emily magnifica il risultato del concorso sulle «Rivendicazioni Italiane in medicina e chirurgia» soffermandosi sul lavoro, cui venne aggiudicato il primo premio, del prof. Luigi Castaldi (riportato integralmente da noi, negli scorsi fascicoli).

L'articolista commenta quel lavoro «en tous « points remarquable, autant par la richesse de « la documentation, que par la foi ardente dont « il est animé.

« C'est un fait que le nouveau *Risorgimento* a « provoqué chez nos voisins un mouvement puis- « sant de nationalisme, exalté toutes les vertus « de la race et remis en honneur tous les senti- « ments capables de rehausser l'éclat de la terre « des ancêtres.

« Etat d'esprit que nous ne saurions trop « louer, nous qui revendiquons les mêmes origi- « nes intellectuelles et qui, communiant dans la « même langue, n'avons cessé de travailler de « concert avec l'Italie pour le progrès des Scien- « ces et des Arts ».

L'articolista dedica ben cinque colonne a citare dettagliatamente tutte le rivendicazioni illustrate da Castaldi, comprendendovi, con nobile obbiettività, anche quelle in cui le scoperte della medicina italiana sono rivendicate contro lavori appartenenti ad illustri personalità della medicina francese.

Termina con queste parole:

« Dans ce journal, où l'on s'enorgueillit de « toutes les gloires médicales françaises, mais où « l'on est toujours heureux de rendre justice à « tous les Savants et à tous les Inventeurs, à « quelque patrie qu'ils appartiennent, il nous « est particulièrement agréable de souhaiter plein « succès, dans sa campagne, à notre confrère ita- « lien. C'est à Paris qu'est née et que prospère « l'*U.M.F.I.A.*, l'Union pour le progrès toujours « plus puissant des sciences médicales dans les « pays d'origine et de langue latines ».

Osserva il prof. A. Ferrannini: « il riconoscimento della proficuità dell'opera nostra assume tanto maggior valore, per quanto proviene da un periodico estero, così autorevole e così diffuso, e per quanto è stato ispirato esclusivamente da una spontanea e fraterna simpatia per la giustizia della causa e per la fede, che ci ha sempre sorretti nel difenderla ».

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

III Congresso Nazionale Antitubercolare.

(Palermo, 6-8 ottobre 1929).

Presieduta da S. E. DI MARZO, in rappresentanza di S. E. MUSSOLINI, presidente onorario, alla presenza di tutte le autorità civili e militari, del sen. MARAGLIANO, degli on. PAOLUCCI, MORELLI, JUNG, ERCOLE, di moltissimi congressisti e di una larga rappresentanza di medici delle provincie, di dame della Croce Rossa, si è inaugurato a Palermo il 6 ottobre il III Congresso Nazionale Antitubercolare.

Il PODESTÀ di Palermo ha portato il saluto della cittadinanza ed ha rivolto un pensiero di devozione al Re e al Duce.

L'on. PAOLUCCI ha ricordato che il Capo del Governo segue da anni con affettuosa simpatia i lavori della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi e ne accenna le grandi linee rilevando quanto è stato fatto nella provincia di Palermo dove presto saranno impiantati altri 7 sanatorii.

Il prof. MANFREDI, presidente del Comitato esecutivo del Congresso, ringrazia le autorità, gli enti ed i filantropi che hanno voluto aiutare l'opera umanitaria e sociale nella lotta contro la tubercolosi e dice che è stata un'idea felice di alternare simili adunate nelle diverse regioni del Regno onde così allo studio del vasto problema riguardante tutta la Nazione viene ad innestarsi la conoscenza dei complessi fattori di indole locale che tanta influenza hanno su di esso. Rileva come la Sicilia sotto questo riguardo offra un quadro oltremodo interessante con le sue ombre e le sue luci, indice di una situazione purtroppo dolorosa e comune in gran parte a tutto il mezzogiorno d'Italia. Dice che basta conoscere da vicino queste popolazioni per intendere fino a che punto le specie di pudore superstizioso e di rassegnazione fatalistica abbiano qui influito all'occultazione di un male come questo ritenuto ereditario ed incurabile, tanto più che l'intervento dell'autorità e l'accertamento della malattia non avevano dato finora altra sensazione che quella di un ingrato e sterile fiscalismo.

Ma oggi che alla ricerca del tubercolotico si comincia a veder seguire il soccorso sempre amorevole e spesso efficace, oggi che l'interno delle famiglie si apre ben volentieri alla figura dolce e confortante della visitatrice, oggi qui la tubercolosi sbuca fuori da tutte le parti, dalle città come dalle campagne, in proporzioni non mai sospettate, e la situazione reale appare in tutta la sua terribile gravità.

Questo Congresso coincide opportunamente con un aumento di somma importanza per la lotta antitubercolare in Italia con una svolta che si può dir decisiva per il divenire di essa. E da ciò il comitato ordinatore ha tratto ispirazione nello stabilirne il programma.

Una questione predomina su tutte le altre. Noi siamo all'indomani della applicazione delle due grandi leggi prettamente italiane con le quali il Governo Fascista ha inteso affrontare il problema della tubercolosi, l'una che valorizza e potenzia l'Istituto consorziale provinciale facendo dei Con-

sorzii i centri periferici dell'azione statale per tutto quanto riguarda iniziativa, coordinamento, disciplina della lotta antitubercolare; l'altra che istituisce l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi sulla base feconda dei principii provvidenziali e ne investe come organo regolatore la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali.

S. E. Di Marzo si dice lieto ed onorato dell'incarico conferitogli dal Duce di rappresentare il Governo a questo Congresso che aduna, per il conseguimento dei più nobili fini, uomini di profondo sapere e di cosciente patriottismo. Egli aggiunge che, come Podestà di ieri che conobbe tutto il travaglio dell'intima vita della sua città e che con l'ausilio di molti dei presenti attese non senza passione a raggiungere la magnifica meta che gli era stata segnata, adempie tale incarico con un particolare fervore di sentimento.

* * *

Nel pomeriggio sono iniziati i lavori con un discorso del presidente dell'Amministrazione Provinciale che afferma il preciso programma della Amministrazione di rispondere con ogni mezzo e con grande fervore all'appello della guerra contro la tubercolosi, tanto più che nel breve tempo in cui essa è stata condotta alcuni effetti benefici si sono visti.

Il prof. Ilvento nell'assumere la presidenza della seduta illustra i grandi orizzonti della lotta antitubercolare.

Indi segue la relazione dei proff. Giannini e Sagona sul tema: **Rapporti fra regime consorziale e regime assicurativo nella organizzazione della lotta antitubercolare.**

Il prof. Giannini ricorda i rapporti che sono instaurati tra l'ordinamento consorziale e quello assicurativo dopo la promulgazione del D. L. 27 ottobre 1927, dicendo che la nuova affermazione italiana in tutto coerente alla complessa politica di bonifica umana attuata dal Governo Nazionale che ha riscontro nel canone integrativo sancito al punto 27 della Carta del Lavoro a mente del quale l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi costituisce l'avviamento all'assicurazione generale di malattia.

Si occupa della legislazione sui consorzii e della sostanza e forma dei rapporti fra consorzii ed assicurazioni e dà dei saggi sul costo della assistenza consorziale nell'impostazione di legge constatando la impossibilità nella situazione attuale, di conferire per deficienza di mezzi adeguati all'ordinamento consorziale la pienezza delle funzioni demandategli dalle leggi. E dice che occorre stabilire che il rapporto fra le organizzazioni consorziali e quella assicurativa non potrebbe considerarsi in modo completo oggi in una forma diversa da quella che potrebbe sussistere domani nell'ordinamento definitivo voluto dal legislatore.

All'organizzazione consorziale sarebbe affidata la funzione dispensariale con compito fondamentale e precipuo della lotta antitubercolare.

All'organizzazione assicurativa rimarrebbe l'insieme delle misure attinenti alla funzione assistenziale con l'orientamento verso la figura definitiva del ricovero.

Il prof. Sagona dà uno sguardo generale alla lotta antitubercolare in Italia combattuta prima e dopo di questo decennio; illustra gli inizii della legislazione antitubercolare e lo spirito e la portata delle leggi 23 giugno e 27 ottobre 1927, leggi note come parti integranti di un unico sistema richiamanti i principii della legge sull'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Si occupa dei consorzii provinciali antitubercolari, della loro organizzazione, della funzione di accertamento, del dispensario ambulante, dell'assistenza domiciliare, della prevenzione dell'infanzia, della funzione del ricovero.

Osservando, come appare chiara, la sproporzione fra i suoi oneri e i suoi mezzi sì da ricercare gli eventuali ed indispensabili rimedii, si occupa dell'arduo tema dei contributi locali, dimostrando come sia necessario che i consorzii escano una buona volta da contributi miseri, e come sia necessario stabilire un limite minimo di contributi che raddoppiato dal contributo provinciale dovrà dare in media 80.000.000 di lire annue, il meno di cui i Consorzii debbano poter disporre.

Il Consorzio come organo statale e governativo di lotta, anche di fronte all'assicurazione, deve dirigere e comandare la lotta, costretto ad integrarla, a proseguirla, quando l'obbligo assicurativo vien meno. Tale opera di coordinazione e di subordinazione di ogni attività antitubercolare del paese deve richiamare ciascun ente ai proprii obblighi, studiare ed indicare i bisogni antitubercolari della regione e la possibilità di lotta.

Passa all'esame dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi occupandosi della attività della Cassa Nazionale e dell'attuazione dei rapporti fra regime consorziale ed assicurativo, affermando la possibilità di ulteriori sviluppi dell'attività assicurativa, ed i gravi inconvenienti che ne derivano in fatto di ricoveri da una visione troppo opportunistica, mentre il vivo della quistione risiede nell'opera di accertamento ed in quella profilattica propriamente detta. Non si può in tale campo stabilire una netta divisione fra le due attività. Ricorda l'esempio delle altre Nazioni e dimostra l'importanza della valorizzazione dei medici condotti di fronte ai due regimi: il servizio sociale, e lo scambio di prestazioni e di risorse.

Manfredi rileva che la Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali trovasi realmente in un periodo di esperienza in cui è di pericolo ogni intempestivo atto rivolto a più larghi compiti assistenziali. Ribadisce le idee del prof. Sagona sulla necessità che i dispensari siano il ponte di collegamento fra i due regimi: il consorziale e l'assicurativo, attuazione già compiuta in Palermo a mezzo dell'Istituto Sociale Antitubercolare che dimostra una ammirevole solidarietà fra i due regimi. Come studioso di tisiologia non può non rilevare il grave problema del rischio della superinfezione per il quale è necessario che la Cassa Nazionale nel suo stesso interesse faccia capo all'azione profilattica accettando per essa l'opera del Consorzio Antitubercolare sopratutto per il servizio sociale domiciliare che ha importanza eccezionale non solo dal punto di vista dell'assistenza a domicilio dell'ammalato, ma sopratutto delle prevenzioni nel senso più completo.

Morelli loda incondizionatamente le relazioni sia del prof. Giannini che del prof. Sagona perchè ambedue animate dal desiderio di cooperare all'alta finalità che le ultime leggi del Governo Fascista si sono imposte. Rileva le benemerenze del Consorzio e della Cassa Nazionale dimostrando

gli sforzi che quest'ultima va compiendo per approntare il fabbisogno di posti-letto, di cui ha già dato prova in Sicilia dove saranno impiantati 5 ospedali sanatoriali. Promette che non solo farà del suo possibile perchè la Cassa Nazionale venga incontro ai Consorzii nella loro immane fatica, ma specialmente per la Sicilia promette che i Sanatorii saranno portati ad un numero di almeno 7.

Sagona risponde ad ognuno notando come in linea di massima tutti indistintamente avessero approvato bisogni e modifiche dell'attuale organizzazione antitubercolare da lui esposta nella relazione specialmente per quanto riguarda l'inclusione nell'assicurazione obbligatoria di altre categorie di cittadini fra cui specialmente insegnanti; per quanto riguarda l'assoluta necessità della creazione di dispensarii consorziali, la valorizzazione dei medici condotti ed il servizio di assistente sanitario; ribadendo il concetto che su queste due attività si possono stabilire in maniera pratica e fattiva i punti di contatto e di aiuto fra le due organizzazioni: la consorziale e l'assicurativa.

Campani si associa alle idee svolte da Manfredi e Sagona.

Bocchetti dice che essendo in periodo di esperimento bisogna attendere maggiori dati per potere sviluppare i compiti dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Fagioli insiste sulla necessità che sia allargata l'assicurazione ad altre classi di cittadini, e che sopratutto sia messo in grande valore il compito del dispensario consorziale anche ai fini dell'assicurazione contro la tubercolosi.

Candela parla sulla necessità che il dispensario abbia compiti profilattici.

Indi vengono proposti alcuni ordini del giorno la cui discussione ed approvazione viene rimandata all'ultima seduta.

* * *

Nella seduta antimeridiana del 7 ottobre il sen. Maragliano, che la presiede, esamina le possibilità e pone in rilievo le utilità della vaccinazione preventiva che appoggiata ormai su un'esperienza abbastanza larga, ha ottenuto meravigliosi risultati nella lotta antitubercolare.

Il prof. Soli ed il prof. Costantini svolgono le loro relazioni sul tema: **Modalità di guarigione della tubercolosi polmonare.**

Soli nota che i processi di guarigione della tubercolare sono molto più frequenti ed estesi di quanto un tempo non si credesse; si possono manifestare in tutti i periodi della malattia: nella prima infezione del lattante e nella tubercolosi dell'adulto.

Nella tubercolosi dell'adulto in generale, come si ha un quadro anatomico assai svariato, così i processi di guarigione sono estremamente complessi.

Se noi cerchiamo di fare riferimento — almeno nelle grandi linee — ai processi anatomici fondamentali, possiamo allora distinguere le seguenti quattro modalità di guarigione.

1) Una guarigione completa che, come indica il termine, rappresenta l'ideale delle nostre aspirazioni: riassorbimento totale dei prodotti morbosi con *restitutio ad integrum.*

Questa si può avere sia nel tubercolo, che nei processi essudativi endoalveolari.

Nel tubercolo conduce al riassorbimento completo del granuloma, ed è verosimile ammettere che si verifichi nelle condizioni più svariate, ma specialmente nella tubercolosi delle sierose. Crediamo che per il tubercolo questo esito non rappresenti la regola, ma la eccezione.

Più caratteristico è questo processo per lo essudato tubercolare endoalveolare, sia nella prima infezione che nella reinfezione. A questo proposito è opportuno ricordare come la *restitutio ad integrum* non possa avvenire che ad una condizione: che nel focolaio essudativo non siano intervenuti fatti di necrosi diffusa ai setti interalveolari, perchè il polmone non ha capacità rigenerativa. Forse più che col grado di estensione del focolaio, le possibilità di guarigione sono in rapporto col grado della necrosi caseosa.

È da ritenersi che questo processo di guarigione sia estremamente diffuso: per la sua natura noi non lo possiamo controllare al tavolo anatomico. Esso si verifica nel bambino nella prima infezione, forse come una regola. Nel processo dell'adulto questo avviene pure, forse in grado maggiore di quanto non si credeva per il passato; anche Pacei, giustamente insiste su questo punto.

2) Una guarigione incompleta, che clinicamente e praticamente rappresenta un risultato ottimo, pur non essendo l'ideale: è caratterizzata dal riassorbimento completo dei prodotti tubercolari, però — a differenza della forma precedente — qui non c'è la *restitutio ad integrum*, ma la formazione di un tessuto di cicatrice.

V'è quindi una differenza in meno nel processo di guarigione in confronto con la forma precedente.

Abbiamo detto (forse alcuni clinici e radiologi potranno essere titubanti a convenire) che la guarigione per cicatrice non può rappresentare un risultato sul quale fare un affidamento assoluto. Abbiamo insistito — e questo è forse il punto cardinale di questa nostra relazione — che il connettivo fibroso è un tessuto che biologicamente non ha risorse e che in una eventuale ripresa del processo non può porre in campo nessun'arma valida per la lotta.

3) Una guarigione parziale, che rappresenta un gradino ancora più basso, clinicamente e praticamente è però sempre un risultato estremamente soddisfacente.

È caratterizzata dalla persistenza di prodotti tubercolari, specialmente sostanza caseosa, che sono parzialmente (focolai cretacei), oppure completamente calcificati (focolai calcificati) e che esternamente sono circondati da un tessuto connettivo fibroso.

Queste praticamente sono le forme più interessanti, siccome quelle che, per particolari condizioni generali dell'organismo, possono più facilmente risvegliarsi.

Pare che solo dopo molti anni (sino a cinque anni si sono manifestati pericolosi) possano considerarsi sterili; forse quando il focolaio è completamente ossificato — come si osserva con maggiore frequenza nel focolaio polmonare primario — si può avere una maggiore tranquillità. È evi-

dente però che, a questo punto, il processo logicamente deve passare nella categoria precedente.

Questa terza forma ha una grande importanza pratica per la sua relativa facile diagnosi radiologica: donde la necessità di sapere che affidamento noi possiamo dare ad un tale reperto.

4) Come tentativo di guarigione indichiamo le caverne, perchè qui veramente i processi di regressione del tessuto tubercolare-caseoso da un lato, e quelli di riparazione connettiva-fibrosa dall'altro, sono meno completi.

Per la loro evoluzione e destino dobbiamo distinguere due tipi di caverne: 1) quelle che si formano nello stadio primario e secondario della tubercolosi, nei lattanti e nei bambini; 2) quelle che si formano nello stadio terziario, cioè negli adulti.

Nei lattanti, cioè quelle che si formano nella prima infezione, non vanno mai a guarigione.

Nei bambini più grandicelli, cioè nelle caverne del così detto « stadio anafilattico della tubercolosi », la questione si deve giudicare dubbia: forse anche queste non vanno mai a guarigione.

Negli adulti le possibilità di evoluzione sono diverse. La forma più comune di guarigione è quella per incapsulamento e retrazione della caverna; a questo esito contribuisce notevolmente il collasso della parete stessa, sia che si formi naturalmente (quando non esistono aderenze pleuriche), sia che venga provocato artificialmente col pneumotorace alla Forlanini.

Nelle caverne piccole si può avere la completa obliterazione del lume, da parte di tessuto di granulazione semplice che passa poi a cicatrice: guarigione per cicatrizzazione completa. A questo punto il processo evidentemente passa allora nella seconda forma (guarigione incompleta) e qui di caverna non si può più parlare.

Un esito raro, ma molto interessante, è dato dalla perfetta detersione della parete della caverna con conservazione della cavità ed arresto completo del processo tubercolare alla periferia e a distanza.

A questa categoria apparterrebbe il caso di osservazione personale all'autopsia, di un vecchio di 89 anni. È evidente che in casi simili il tentativo di guarigione si deve considerare riuscito, pure non potendo a tale forma dare l'aggettivo di « completa ».

Tutto questo ci dimostra una gamma varia di reazioni dell'organismo nella tubercolosi del polmone: da forme abortive, da veri e propri « tentativi di guarigione », a forme nelle quali si può veramente parlare di guarigione, ma solo « parziale ». Inoltre da forme ancora più avanzate e perfette, nelle quali non troviamo più tessuto tubercolare, ma solo un connettivo che, come un tampone, serve a riparare la perdita di sostanza, cioè « una guarigione incompleta », possiamo arrivare fino alla vittoria assoluta delle forze di difesa non solo con la scomparsa — come nella forma precedente — dei prodotti tubercolari, ma con la completa ricostruzione del tessuto invaso, cioè « la guarigione completa ».

Per il clinico e il radiologo la « guarigione completa » non può dare sintomi di certezza matematica: si potrà sospettarla; diagnosticarla con sicurezza assoluta, forse, mai.

La « guarigione incompleta » si comporta in maniera analoga, però ha maggiori possibilità di essere diagnosticata. Così un'aderenza pleurica può venire diagnosticata clinicamente ed anche radiologicamente: anche un focolaio di sclerosi può essere messo in evidenza col sussidio dei raggi X.

Maggiori possibilità diagnostiche, specialmente radiodiagnostiche, presentano i casi di « guarigione parziale », tanto più quando la deposizione di sali calcari è cospicua.

Finalmente nei « tentativi di guarigione » si hanno sempre sintomi clinici e reperti radiologici sicchè la diagnosi, tranne condizioni eccezionali, è relativamente facile.

COSTANTINI viene alle seguenti conclusioni:

1) Lo studio dei processi di guarigione della tubercolosi polmonare deve essere fatto partendo dall'esame delle forme elementari, che si riscontrano abitualmente nei processi iniziali.

2) Il criterio della guarigione è eminentemente clinico, poichè esso deve essere basato sulle condizioni morfologiche e funzionali del polmone e di tutti gli altri organi che entrano in giuoco nel processo morboso. La distinzione di una guarigione clinica e di una guarigione anatomica non ha ragione di esistere.

3) È necessario distinguere la guarigione completa dalla guarigione pratica o economica.

4) La guarigione completa delle forme essudative può aversi per risoluzione con *restitutio ad integrum*: la guarigione delle forme a carattere produttivo si compie sempre per un processo di fibrosi più o meno circoscritto.

5) Le forme cavitarie possono solo eccezionalmente guarire senza lasciare alcuna traccia della loro preesistenza; abitualmente guariscono per cicatrizzazione, riconoscibile alla indagine radiologica.

6) Esiste semeiologia fisica, radiologica e di laboratorio, mediante cui è possibile formulare un giudizio sullo stato di guarigione.

Sulla relazione SOLI-COSTANTINI interloquiscono i proff. MORELLI, GIUFFRÈ, RONZONI-ARNONE, MOLON, ZANELLI e LANDOLFI.

Poi si inizia la seconda relazione sul tema: **Le indagini sulla percentuale di tubercolosi latente e di complessi primarii accertabili radiologicamente nella popolazione infantile di una zona rurale**: relatori i proff. ARISTIDE BUSI e RAFFAELE PAOLUCCI i quali hanno scelto per lo sviluppo del loro tema la cittadina di Lanciano. Essi vengono alle seguenti conclusioni generali: che stando alle statistiche raccolte si potrebbe affermare che la radiologia consente di scoprire un numero maggiore di malattie polmonari, verosimilmente tubercolari, di quanto non consenta la clinica, cui invece resterebbe la possibilità di scoprire, specialmente in virtù degli esami biologici, le infezioni tubercolari.

Senonchè per la ricerca radiologica bisogna tenere presenti le limitazioni del metodo, le difficoltà di interpretazione, e quindi la possibilità di errore, onde è che siamo indotti a concludere con quanto già altrove abbiamo affermato, che cioè le odierne nostre ricerche avranno il loro vero valore solo se continuate deligentemente nel tempo.

Il prof. BUSI quindi illustra con proiezioni alcuni casi caratteristici.

Sulla relazione PAOLUCCI-BUSI prendono la parola i proff. MORELLI, GIUFFRÈ, BARBARA, BENEDETTI.

(Continua).

VIII Congresso di Medicina del Lavoro.

(Napoli, 10-13 ottobre).

Folto di intervenuti da ogni parte d'Italia ed anche dall'estero, il Congresso si è inaugurato nell'aula Francesco De Sanctis, alla R. Università, con discorsi del R. Commissario, dell'on. prof. N. CASTELLINO e del prof. DEVOTO. Le sedute hanno avuto luogo nell'aula della I Clinica medica al Policlinico.

Sul **lavoro nelle miniere** ha riferito L. FERRANNINI. Dà uno sguardo alla patologia dei minatori rilevando che la responsabilità essenziale per questa si deve all'ambiente di lavoro. Egli illustra così i diversi fattori ambientali ed osserva che, se i minatori riescono ad abituarsi facilmente alle alte temperature che si riscontrano (38° e più) tuttavia le malattie da refrigerazione sono molto frequenti in essi (più della tubercolosi) e tendono a recidivare. Il fattore più favorevole per l'insorgenza di manifestazioni morbose è costituito dall'associazione della umidità elevata, la quale nelle miniere è anche condizione favorevole per lo sviluppo dell'anchilostomiasi.

Altre condizioni ambientali meno vistose ma pure determinanti danni caratteristici sono la luce e l'elettricità. Particolarmente la prima ha la massima importanza, in quanto che la sua carenza, oltre a certe malattie (rachitismo, spasmofilia), favorisce lo sviluppo e la diffusione di infezioni; questo punto è dimostrato dall'O. con copia di argomenti e di fatti.

È dunque l'ambiente che si deve modificare, per quanto è possibile. Oltre ai provvedimenti già attuati od in via di attuazione (spogliatoi, bagni, lavandini, acqua pura ed abbondante, refettori, dormitori, ventilazione, prosciugamento, ecc.) l'O. insiste sulla necessità di selezionare ripetutamente gli operai, dai quali dovrebbero essere esclusi gli ipoplastici, i linfatici, gli artritici, gli endocrinopatici ed i neuropatici a tipo vasomotorio. È poi opportuno ovviare in qualche modo alla carenza della luce solare con l'istituzione di colonie elioterapiche.

Ampia ed esauriente è la relazione di A. NEBULONI, G. AJELLO e A. VIZIANO sul tema **La biologia e la clinica per l'organizzazione scientifica del lavoro.**

Il primo si è occupato dello sviluppo del movimento in favore della organizzazione scientifica del lavoro, nelle industrie come in agricoltura, esponendone i principii fondamentali, studiando i diversi sistemi proposti (Taylor, Gilbreth, Ford, ecc.). Fa poi diverse considerazioni critiche in cui, pure riconoscendo i grandi meriti di questi procedimenti che hanno creato nelle industrie un « sistema morale, un equilibrio di doveri », rileva però la necessità di tener conto di tutte le esigenze di ordine psicologico e fisiologico, che non devono essere sacrificate a finalità esclusivamente tecnico-economiche.

Affronta poi il problema dell'organizzazione umana del lavoro, occupandosi della durata del lavoro, dei riposi intercalari, del salario, della monotonia del lavoro, diffondendosi, da ultimo, sull'orientamento professionale, di cui considera lo sviluppo nei diversi paesi e conclude facendo notare la grande importanza che oggi assume la bioantropologia a cui spetta di contribuire efficacemente alla soluzione dei problemi sociali capitali che si agitano nel campo del lavoro.

G. AJELLO considera essenzialmente il lato clinico della questione e gli effetti che l'organizzazione scientifica del lavoro può avere sull'organismo dell'operaio. Il medico deve soprattutto far comprendere la differenza fra senso di fatica e fatica reale; le diverse ricerche potranno accertare lo stato individuale di fatica, la resistenza dell'individuo alla fatica stessa, le sue possibilità di dispendio di energie e di ripristino delle forze.

La selezione operaia, egli continua, e l'orientamento professionale, devono essere regolati dal punto di vista sanitario, con criterio uniforme, possibilmente statale; devono essere studiate e poi prescritte delle schede speciali di visita sanitaria, adottando la classificazione dei tipi in longilineo, normolineo, brevilineo, a cui si dovrà aggiungere se l'individuo è più o meno robusto. Grande aiuto potrà venire dai laboratori psicotecnici, di cui l'O. auspica la fondazione in ogni città industriale, con direttive uniche.

A. VIZIANO si occupa specialmente dei fattori ambientali nell'organizzazione scientifica del lavoro, che devono essere corretti. Dal più semplice malessere, alla malattia vera e propria sino all'invalidità permanente e totale, vi è tutta una serie di alterazioni morbose provocate dal caldo eccessivo, dall'umidità, dal freddo umido, che si riflettono sull'ambiente lavorativo, agendo in vario modo, seconda che si tratti di lavoro muscolare pesante o di quello intellettuale o di precisione o di rapidità o pericolo.

Si diffonde particolarmente sull'influenza della luce naturale ed artificiale. Il problema dell'illuminazione si riassume nello sforzo di ottenere un'illuminazione a fatica minima, per curare ciò che si è detto « l'igiene della retina ». Si otterranno così diversi vantaggi: profilassi della fatica e dei disturbi oculari, prevenzione degli infortunî, pulizia dei locali e conseguente miglioramento delle condizioni igieniche generali, più facile controllo, eliminazione degli sprechi di materiale, produzione migliore e maggiore.

Il miglioramento dei fattori ambientali, egli conclude, è utile non solo per la salute dell'operaio, ma è anche di alto valore economico; si inquadra pertanto nella organizzazione scientifica del lavoro, sicchè si ha una perfetta aderenza fra medicina del lavoro ed economia del lavoro.

N. CASTELLINO esamina particolareggiatamente le **condizioni sanitarie del lavoro nei porti**: lavoratori delle merci nere e delle merci bianche, scaricatori, chiattaiuoli, ecc., rilevando per ogni categoria le condizioni di lavoro che possono influire sullo stato di salute. Per quanto riguarda le provvidenze da adottarsi, si dichiara favorevole agli Uffici portuali, ritiene utile e possibile lo stabilire una graduatoria della pericolosità di lavoro, variabile secondo le categorie e suscettibile di miglioramenti secondo le norme che egli consiglia. È necessario, egli aggiunge, procedere ad una revisione e, meglio, ad un rafforzamento del servizio sanitario nei Porti ed è indispensabile provvedere ad un'adatta alimentazione di questi lavoratori — quanto mai incongrua attualmente — con l'istituzione di mense e di cucine economiche. Accenna, da ultimo, alle condizioni peculiari specifiche di ognuno dei porti italiani, augurandosi che le indagini che egli ha per primo iniziato abbiano, in Italia, quel successo di inte-

ressamento e di adesione che meritano, dalle quali grande profitto potrà trarne la Nazione.

Per ragioni di spazio ci è impossibile dare notizia delle numerose ed interessanti comunicazioni (circa una settantina, di cui 18 della Clinica del Lavoro di Napoli, diretta dal prof. N. Castellino). Accenniamo soltanto, per i vivaci dibattiti a cui ha dato luogo, quella di A. Ciampolini su **Paradossi e verità in tema di assicurazioni sociali,** in cui l'O. ha lumeggiato i pericoli a cui si può andare incontro con una estesa e non bene regolata Assicurazione-Malattie.

Alla seduta del 12 è intervenuto anche, accolto con viva simpatia e deferenza dall'uditorio, il prof. P. Castellino, il quale ha inneggiato al prof. Devoto, pioniere degli studî del lavoro in Italia ed ha esaltato la santità del lavoro in un magnifico discorso, in cui ha toccato le più alte vette dell'eloquenza.

Ottima l'organizzazione del Congresso, sotto la direzione del prof. N. Castellino e con l'attiva e fervida collaborazione dei suoi assistenti, dottori Caccuri e Coppa. Fra le visite, oltre a quelle alla Manifattura Tabacchi, alla Clinica pediatrica, alla Cassa Nazionale Infortuni ed all'Istituto Colosimo (centro assistenziale), ricordiamo quella molto interessante allo stabilimento della S. A. per la Seta artificiale.

È stato votato per acclamazione un ordine del giorno, con la proposta di fondare la Società di Medicina del Lavoro, dando incarico ai proff. Devoto, N. Castellino e L. Ferrannini di gettarne le basi.

A sede del prossimo Congresso è stata scelta Milano. *fil.*

XX Congresso Nazionale di Idrologia e Climatologia.

(Spezia, 3-6 ottobre 1929).

È stato tenuto con l'intervento di numerose personalità mediche fra cui, oltre al prof. L. Devoto che di tale Congresso è stato animatore, i proffessori Queirolo, Gabbi, Ruata ed altri.

La prima giornata venne dedicata al *Reumatismo,* tema di notevole importanza, di cui all'estero si vanno da tempo preoccupando e che da noi si incomincia appena a mettere in discussione, nonostante che le nostre statistiche ospedaliere non segnino grandi differenze con quelle dei paesi esteri, aggirandosi sul 6 %, come in Inghilterra, che è considerata la terra classica del reumatismo.

S. Pisani ha esposto le concezioni delle varie scuole europee ed americane sulla natura e sulle origini, prospettando i diversi punti che debbono tuttora essere chiariti e che formeranno oggetto di discussione al Congresso internazionale che si spera di tenere in Italia nel 1931. Una grande disparità di idee esiste ancora per ciò che riguarda le forme cliniche ed a questo proposito l'O. accenna alla possibilità di criterî semplificatori.

Giannini ha raccolto numerosi dati sulle pensioni liquidate dall'Istituto di Assicurazioni sociali per l'invalidità derivante da malattie reumatiche. Purtroppo però, questa statistica non comprende che le forme di una certa gravità e, per quanto bene impostata, non dà un'idea adeguata della gravità del problema.

Ronzani espone i dati raccolti negli Istituti ospedalieri di Milano, dai quali risulta che le forme croniche colpiscono più gravemente gli abitanti della città che quelli della campagna; tra i maschi, sono più colpiti gli addetti alle industrie metallurgiche che ai trasporti e, fra le femmine, le addette ai servizi domestici ed all'industria del vestiario e dell'abbigliamento.

A. Ceresoli ha riferito sulle indagini di natura batteriologica che egli ha fatto in un gruppo di casi di endocardite reumatica.

Nel suo discorso di chiusura, L. Devoto ha riassunto i dati di fatto emersi dalle varie relazioni ed ha esposto i punti del programma della futura attività, fra cui specialmente l'accordo con i cultori della meteorologia per uno studio in comune e l'istituzione di « Dispensari » del reumatismo dove coloro che sono affetti da forme reumatiche anche lievi possono trovare la possibilità di una diagnosi esatta e consigli terapeutici adeguati.

Il Congresso si è inoltre occupato, oltre ad altri argomenti, della *propaganda per un maggior consumo di frutta e di uva.* Su tale questione, L. Devoto ha svolto una relazione mettendo in rilievo la grande utilità per il popolo italiano di farsi consumatore di frutta. In tal modo, si determinerà anche un minor consumo di pane, il che sarà un duplice omaggio alla fisiologia perchè il pane determina uno stato di acidosi, mentre le frutta neutralizzano questa tendenza. Anche dal punto di vista economico vi sarà così un vantaggio, perchè potrà diminuire l'introduzione di frumento dall'estero.

Con altre Comunicazioni di Nasini, Gabbi, Caselli e Sestini è terminato questo Congresso che si è poi chiuso con una gita alle Terme di Equi, in Lunigiana e con la visita delle Colonie marine di Massa. *fil.*

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 23 luglio 1929.

Presidenza: Prof. Gallerani.

Tumore splenico e roseola nell'infezione tifoide.

Dott. Lonero G. — L'O. dalle sue osservazioni conclude che più la milza è voluminosa, più la roseola è numerosa e persistente, ancora più favorevole è il decorso dell'infezione. Avrebbe constatato un antagonismo diretto fra milza e roseola, poichè ha osservato che ad una roseola persistente e numerosa, corrisponde un tumore splenico piuttosto scarso e viceversa.

Le ragioni esposte per spiegare tale meccanismo vicariante non si prestano ad una breve recensione.

Le alterazioni istologiche delle ghiandole a secrezione interna nell'avvelenamento acuto da morfina.

Dott. Lonero G. — L'O. riferisce sulle alterazioni istologiche delle ghiandole a secrezione interna in seguito ad avvelenamento acuto da morfina nei cani.

Non varebbe notato nulla a carico dell'ipofisi, testicoli e prostata.

A carico della tiroide, assenza della sostanza colloide in qualche follicolo.

A carico delle surrenali, nella porzione midol-

lare, si rileverebbero i segni di un attivo stato funzionale ed a carico del pancreas, per quanto riguarda gli isolotti di Langerhans, delle alterazioni regressive.

Ricerche sperimentali sulla rigenerazione del midollo spinale.

PIETRO ARMENISE. — Le ricerche dell'O. hanno dimostrato ancora una volta la incapacità delle fibre nervose centrali a superare la cicatrice nevroglica e quindi la impossibilità di un ripristino anatomico nel midollo spinale chirurgicamente interrotto.

Natura psico-meccanica di alcune rappresentazioni musicali ed i Leit-motiven nella trilogia di Wagner.

Prof. GIOVANNI GALLERANI. — L'O. analizza il prodotto geniale musicale in molti passi di vari compositori e specialmente nei Leit-motiven, prendendo a base la legge psico-fisica di Feschner da lui modificata.

Dimostra che il genio produce come detta fantasia, ma secondo leggi universali, pur senza conoscenza delle leggi medesime (intuizione), in quanto il genio presuppone con una squisita sensibilità, l'eccellenza strutturale e funzionale del cervello e degli organi dei sensi, onde esso è il risuonatore, il ricevitore perfetto di natura, e, per il facile venire alla soglia dell'io cosciente di tutto un mondo di acquisizioni individuali ed ereditate, ne è il traduttore più fedele, il rivelatore e trasmettitore più felice.

Osservazioni sulla iperneurotizzazione muscolare.

QUARTI G. — L'O. ha praticato in otto conigli l'impianto del peroneo nel muscolo gastropnemio, e, a distanza di 65 e 121 giorni, ha esaminato il nervo impiantato ed il muscolo circostante servendosi del metodo di Cajal all'Ag. ridotto e di quello di Flemming. In tutti i casi ha potuto osservare che all'estremo del nervo impiantato si forma un neuroma, e che non vi è penetrazione di fibrille nervose neoformate nell'interno del muscolo gastrocnemio. In tre casi, 78 giorni dopo l'impianto, ha reciso il tibiale constatando una paralisi completa degenerativa persistente nel muscolo gastrocnemio. In base ai suoi reperti l'O. crede di poter negare la possibilità dell'iperneurotizzazione del muscolo sano, come già era stato affermato da qualche A.

Sulla linfadenia sarcomatosa.

QUARANTA LUIGI. — L'O. illustra un caso da cui sintomatologia clinica si inquadra perfettamente in quella comune alla malattia di Hodgkin, mentre il reperto istologico di un ganglio dell'infermo riproduce le caratteristiche della linfadenia sarcomatosa. A spiegare questo divario, l'O. invoca i concetti di quegli AA. che non vedono barriere definite tra le varie affezioni dell'apparato emolinfopoietico.

Ricerche biologiche sui morfinomani: Nota III. Crasi sanguigna; Calcemia e Potassiemia.

QUARANTA LUIGI. — Dopo il ricambio idrocarbonato e quello lipoideo, l'O. ha studiato nei morfinomani la crasi sanguigna, a carico della quale non avrebbe trovato lievi alterazioni. Studiando negli stessi infermi il contenuto in Ca e K del sangue, avrebbe trovato un tasso normale del primo, mentre il secondo sarebbe notevolmente aumentato. Mette in rapporto questo disquilibrio tra joni K e Ca con le turbe a carico del sistema nervoso vegetativo che questi infermi presentano.

Sulla legatura della vena porta.

BONOMO V. — Dalle esperienze eseguite risulta che la legatura brusca della vena porta, che è seguita da una rapida caduta della pressione arteriosa provoca la morte dell'animale, in media dopo un'ora, un'ora e mezza.

La resezione degli splancnici, dei due nervi al collo, l'estirpazione del plesso coliaco, non modificano gli effetti della legatura. L'O. propende per l'ipotesi che i fenomeni che si osservano siano da attribuire alla sottrazione del circolo generale e del sangue che si ammassa nel vasto territorio portale

Studio critico della tecnica dell'anastomosi porta cava.

BONOMO V. — In numerose esperienze, ha applicato i diversi processi usati per deviare nella cava il circolo portale. Ritiene che per migliorare il successo operatorio bisogna eseguire l'intervento senza interrompere la circolazione dei due vasi, sopratutto nella vena porta L'impianto dell'anastomosi sulla cava al disopra delle vene renali è assolutamente da sconsigliare per le alterazioni circolatorie dei reni, che avvengono durante la compressione della vena cava.

Ricerche toracografiche sulle variazioni post-operatorie del respiro.

BONOMO V. — Le variazioni più nette si osservano dopo interventi sull'addome superiore (inversioni complete del tipo respiratorio). Ritiene che queste variazioni (sostituzione del respiro costale al respiro diaframmatico) siano da considerare come fenomeno di compenso di supplenza funzionale e non abbiano significato patologico. Non gli risulta un rapporto tra le variazioni del respiro e le complicanze bronco-polmonari postoperatorie che possono insorgere in mancanza di qualsiasi modificazione del tipo respiratorio.

L'influenza dell'anestesia sulla funzione epatoreticolo endoteliale.

RONZINI M. — L'O. accenna al valore da attribuire alla prova della sostanza colorante per l'esame funzionale del fegato ed esprime la persuasione, basata su documentazione sperimentale, che nel meccanismo di scomparsa dal sangue da pigmenti artificiali, entri in primissima linea oltre alla capacità di eliminazione della cellula epatica (funzione cromagoga) la capacità di fissazione del reticolo endotelio (funzione cromopessia). Ha condotte ricerche nella Clinica e nello esperimento col rosa bengala, alla cui prova ha aggiunto quella dell'indice biliare plasmatico, ossia della determinazione del tasso di bilirubina nel sangue. Viene a queste conclusioni: l'anestesia cloroformica danneggia intensamente la funzione epato-reticolo-endoteliale; scarsi ed incostanti e comunque trascurabili effetti produce l'anestesia eterea; nessuna modificazione inducono le anestesie locali, fra le quali ha considerato la spinale, la epidurale, la paravertebrale, la regionale e la locale per infiltrazione.

Il Segretario: L. QUARANTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Spostamenti dell'ombellico e deviazioni della linea alba in condizioni addominali acute.

A somiglianza di Oppenheim e di Schlesinger che avevano riscontrato la deviazione permanente o temporanea della linea alba in casi o di paralisi unilaterali delle pareti muscolari o di affezioni acute del piloro e della cistifellea, F. Co Tui e J. Meyer (*Journal of Am. Med. Assoc.*, n. 22, 1928) hanno messo in evidenza che: 1) in quattro casi di ulcere duodenali; 2) in quattro di appendicite acuta; 3) in uno di ulcera penetrante della piccola curvatura, la linea alba e l'ombelico presentavano uno spostamento verso il lato malato, mentre la pelle al disopra appariva rigata da crespe e da rughe: dopo l'operazione, o dopo il passaggio delle crisi dolorose, tutto tornava in ordine.

Tale fenomeno si spiega agevolmente, ricordando che la linea alba è come un nastro fibroso teso dall'apofisi ensiforme al pube, e tenuto in equilibrio dalla tensione opposta e armonica dei possenti muscoli addominali: è chiaro che quando da un lato la musculatura s'irrigidirà, la linea alba sarà stirata verso quel lato.

Con tale segno, che meglio si sorprende esaminando il paziente dai piedi del letto, può farsi, alla semplice ispezione, diagnosi di rigidità unilaterale o per lo meno di differenza di rigidità. V. SERRA.

Il fenomeno diaframmatico di Kienboek.

Consiste nel movimento ad altalena che si osserva a carico del diaframma alla radioscopia, in casi di pneumotorace. Infatti mentre l'emidiaframma del lato sano segue le normali escursioni, quello del lato con pneumotorace si eleva con l'inspirazione e si abbassa con l'espirazione: di qui il movimento ad altalena.

Bonorino Udaondo e Vadone (*Prensa Med. Arg.*, n. 18, 1928) hanno potuto osservare, studiando questo fenomeno, che esso è presente in casi con frenicotomia omolaterale, e ciò avviene per la paralisi del diaframma, che si comporta come una membrana passiva. Nei casi invece con pneumotorace, il fenomeno di Kienboek non si produce quando la pressione espiratoria è negativa; è presente quando tale pressione è positiva. Il fenomeno scompare se il paz. giace o si piega sul lato del pneumotorace, ricompare se giace sul lato opposto; tale condizione è dovuta alla variazione della pressione che il gas del pneumotorace subisce con gli atti respiratori. Se il pneumotorace è complicato a versamento pleurico, il fenomeno di Kienboek presente si spiega con una delle due teorie enunciate: o per paralisi del diaframma o per le altre condizioni riferite.

In questi ultimi casi però anche lo spostamento laterale del mediastino contribuisce a l'insorgenza del fenomeno. CARUSI.

CASISTICA.

La polmonite apicale nell'adulto.

È questa una malattia frequente nell'infanzia: ma gli adulti non ne sono immuni.

Lepage (*Bruxelles-Médical*, agosto 1928) illustra cinque casi di polmonite apicale da lui osservati in individui di età tra i 19 e i 32 anni.

Per quanto generalmente si considerino come predisponenti a questo tipo di polmonite, le malattie debilitanti e cachetizzanti, quali l'alcoolismo, il diabete e il cancro, egli non ebbe a riscontrarle in nessuno dei suoi pazienti.

La diagnosi non è sempre facile a causa della relativa rarità dell'affezione, della sua insolita localizzazione e della sintomatologia.

L'inizio è improvviso, con brividi, dolore alla base del torace e temperatura elevata.

Predominano il quadro clinico i sintomi di infezione generale: vomito, delirio, prostrazione; restano invece in seconda linea i disturbi respiratori: dispnea, tosse con niente o poco espettorato, rantoli bronchiali.

Solo dopo 4-5 giorni dall'inizio appaiono i segni della localizzazione apicale: soffio, scodismo sottoclavicolare, alcuni rantoli, talora ascoltabili nell'apice dell'ascella.

Lo sputo non è tipico e non appare che verso la defervescenza che è subitanea come l'inizio.

I pazienti studiati dall'A. guarirono tutti ad eccezione di uno.

La cura della polmonite apicale è puramente sintomatica: non sarà però male tentare la terapia vaccinica. VICENTINI.

Polmonite latente simulante la peritonite appendicolare.

Un bambino di 3 anni, che aveva da una settimana dei sintomi di raffreddore viene improvvisamente colto da violenti dolori alla fossa iliaca destra e si mette a vomitare; i dolori si trasformano in colica intestinale; temperatura a 38°. L'indomani, lo stesso quadro; non defecazioni, soltanto pochi gas fetidi, temperatura a 39°. Il bambino viene inviato all'ospedale con sospetto di invaginazione.

P. Ingelrans e J. Minne (*Journ de méd. de Paris*, 11 aprile 1929) trovano una facies tossica. Addome rigonfio, forte difesa muscolare alla fossa iliaca destra, timpanismo alla parte superiore dell'addome ed agli ipocondri; subottusità ai fianchi, ottusità assoluta all'ipogastrio. Non si può localizzare un punto dolente elettivo, ma l'insieme clinico fa agli AA. l'impressione di una sindrome appendicolare. La temperatura si era abbassata a 37°2, polso piccolo a 110, depressibile.

Al polmone destro, ottusità netta alla parte inferiore. Però, in presenza di una sindrome

ritenuta nettamente addominale, si interviene. Laparotomia mediana; non vi è traccia di pus nel ventre, appendice sana, vescica molto distesa. Si richiude rapidamente l'addome e si pratica il cateterismo, con cui si evacuano 150 cmc. di urina.

All'indomani, temperatura a 36°9, ma il bambino ha sempre la facies infettata. Si installa una sindrome meningitica, la frequenza del polso si abbassa a 80, rigidità nucale netta, Kernig; vomiti violenti, grande prostrazione. Il liquor non contiene germi, ma solo pochi linfociti; si trattava quindi soltanto di uno stato meningeo nel corso di una polmonite. Si somministrano 150 cmc. di siero adrenalinizzato e 40 di siero antipneumococcico.

L'indomani, nuovo aggravamento, temperatura che sale a 40°2; morte.

All'autopsia, cavità peritoneale assolutamente libera, reni, fegato, milza normali. Focolaio di polmonite lobare alla base destra, con reazione purulenta della cavità pleurica.

L'osservazione è praticamente importante perchè era difficile trovare una sindrome appendicolare più netta, che mascherava il decorso della polmonite, la vera appendicite pneumonica del nostro Massalongo. *fil.*

L'insufficienza polmonare nella stenosi mitrale.

Nella stenosi mitrale l'insufficienza polmonare è piuttosto rara. La diagnosi è impossibile senza l'aiuto della radioscopia; di fatto, il soffio diastolico dell'insufficienza aortica è raramente limitato alla regione parasternale destra e risiede ordinariamente sul margine sinistro dello sterno od alla punta. E quando si fissa alla punta, sono facili gli errori.

Ancora più difficile è la localizzazione del soffio della polmonare, che si può appunto confondere con quello dell'insufficienza aortica.

C. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 11 maggio 1929) osserva che la diagnosi può farsi mediante un insieme di segni: caratteri stetoscopici speciali ed anomalie evolutive del soffio diastolico, assenza di segni periferici di insufficienza aortica, presenza di segni radioscopici di dilatazione voluminosa ed anormale dell'arteria polmonare.

Il soffio ha la massima intensità a 2-3 dita trasverse a sinistra dello sterno in corrispondenza del II-III spazio intercostale. Una localizzazione tanto elevata è eccezionale nell'insufficienza aortica. La propagazione di questo soffio è limitata e non oltrepassa la palma di una mano fra il capezzolo e lo sterno. Il secondo rumore che precede il soffio diastolico è schioccante.

Ma tutti questi segni non si mostrano che in un periodo relativamente avanzato della malattia, in quanto che la loro produzione esige un elevamento importante della pressione polmonare. Una volta stabilitosi il soffio d'insufficienza polmonare presenta delle variazioni importanti; aumenta con l'aggravarsi dell'asistolia e diminuisce con il miglioramento digitalico.

Dal punto di vista pratico, il medico ricorderà che l'insufficienza polmonare funzionale è l'indice di una stenosi mitrale molto accentuata. Quando l'ipertensione polmonare è la sola in causa, si può considerare l'insufficienza polmonare come una eventualità favorevole poichè essa dà sollievo alla circolazione polmonare. *fil.*

Ascesso acuto del polmone.

In un caso di ascesso del polmone Achard e Soulié (*Bullet. Académ. de Méd. de Paris*, marzo 1929) trovarono nell'espettorato, oltre un'abbondante flora batterica, bacilli fusiformi e spirocheti. Praticarono 7 iniezioni di neosalvarsan sino alla quantità complessiva di gr. 3,3, in 23 giorni. La temperatura diminuì, dopo la prima iniezione, e la guarigione completa seguì dopo due settimane.

V. SERRA.

TERAPIA.

Il destino delle iniezioni intraglutee.

L. W. Shaffer (*Arch. dermat. and syphil.* e *Journ. amer. med. ass.*, 20 aprile 1929) fa rilevare che le iniezioni fatte nella parte centrale bassa della natica possono ledere il grande nervo sciatico se si estendono nel muscolo gran gluteo. Il dolore più comune e transitorio, analogo a quello della sciatica e che si estende posteriormente alla coscia, è probabilmente dovuto all'irritazione del piccolo sciatico. Tutte le iniezioni che penetrano nello spazio fra il gluteo medio e grande possono diffondersi producendo l'irritazione di tale nervo.

Le iniezioni fatte profondamente nel gluteo medio o piccolo non sono ben tollerate. Le radiografie fatte ad intervalli fino ad una settimana, usando olio jodato e salicilato di bismuto, mostrano che non si ha una dispersione del liquido nei primi minuti. Le iniezioni si distribuiscono secondo una linea curva quando sono iniettate nel gran gluteo e rimangono strettamente limitate ai fasci stipati di fibre in cui tale muscolo è diviso.

Con la fluoroscopia, si vede che le sospensioni oleose si diffondono piuttosto lentamente in 1-5 minuti, a causa della loro viscosità, mentre quelle acquose si disperdono quasi subito. Il trapelamento per il forame dell'ago, con successiva formazione di noduli sottocutanei, può essere prevenuto usando aghi sottili, stirando da una parte la cute ed il grasso prima di fare l'iniezione, facendo l'iniezione in pieno gluteo massimo e lasciando l'ago in posto, ad iniezione finita, per qualche momento, applicando poi una pressione con un tampone di cotone, quando lo si estrae.

Qualsiasi iniezione fatta nel gran gluteo nerompe la fascia ed è, quindi, fasciale ed endomuscolare. Le iniezioni di sostanze oleose deb-

bono essere intraglutee, in quanto per tal modo, si facilita la dispersione e l'assorbimento; invece le soluzioni acquose e le sospensioni si disperdono bene quando sono depositate alla superficie della fascia. *fil.*

Ago tagliente per flebotomia.

È un piccolo apparecchio, suggerito da S. Icard (*Marseille Méd.*, n. 15, maggio 1929) che mentre allontana ogni pericolo, permette di ottenere una ferita lineare sufficiente per un buon salasso.

È costituito da un ago semicurvo, tagliente internamente, smusso in fuori e sui bordi.

L'ago comincia ad essere tagliente un cm. circa dalla punta, in maniera da pungere i tessuti ed immobilizzarli prima di sezionarli.

L'azione tagliente comincia allorchè la punta è risortita dai tessuti, dopo aver attraversato la vena.

La forma di quest'ago dispensa da ulteriori spiegazioni; aggiungiamo che all'altra estremità vi è un anello che permette di tenerlo ben fermo.

Con questo strumento sono abolite le possibilità di ledere arterie o nervi, come facilmente poteva avvenire con la lancetta. CARUSI.

Nuovo tentativo terapeutico nell'idrope articolare intermittente.

H. Schlesinger (*Wien. Klin. Woch.*, n. 25, giugno 1929), dopo aver accennato ai caratteri di questa affezione, insistendo su quello che chiama il « sintoma del calendario », per la regolare periodica comparsa dei disturbi, emette l'ipotesi patogenetica che si tratti di una manifestazione di ipofunzionalità o di disfunzione ovarica. Ne offrirebbe la riprova il predominare quasi assoluto della malattia nel sesso femminile e nei periodi della pubertà, dopo i parti e all'inizio della menopausa. Per i casi assai rari osservati nel sesso maschile, si potrebbe pensare ad analoga alterazione funzionale delle ghiandole sessuali.

Comunque l'A., in un caso recentemente occorsogli, istituì un trattamento a base di iniezioni di estratti placentari, i quali, come si sa, esplicano azione analoga ma più intensa di quelli ovarici.

L'effetto terapeutico fu rapido e duraturo, con attenuazione netta dei sintomi a carico dell'articolazione colpita, senza che in pari tempo si manifestassero in quella dell'opposto lato.

M. FABERI.

Nella piorrea alveolare.

Acido fenico	gr.	8
Clorato di potassio	»	4
Glicerina	»	4
Acqua fino a	»	30

Diluire una parte di questo liquido in cinque di acqua. *Pritchard.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Roentgenterapia dei prostatici. — Al dottor Guiotto, Latisana:

Secondo alcuni si avrebbe una discreta percentuale di miglioramenti; secondo l'esperienza nostra assai scarsa. Parrebbe avesse una azione più efficace il radium, ma nelle forme prevalentemente glandolari. A. R.

Al dott. M. C. da Chatillon:

« Les actualités physiothérapiques » hanno pubblicato il libro di DUHEM: *l'Électro-diagnostic* (Gauthier-Villars, Parigi, 1928) a cui sono annesse delle belle tavole coi punti motori.

Il *Compendio di Terapia Fisica* (Cavalleri, Como, 1929) risponde ai suoi desiderata. Utili ancora:

SAIDMAN (Doin, ed.): *Les rayons ultraviolettes en thérapeutique.*

HAUSMANN (Urban, ed.): *Grundzüge der Lichtbiologie und Lichtpathologie.*

HAUSMANN e VOLK (Springer, 1927): *Handbuch der Lichttherapie* (ottimo).

KORRARSCHIK (Springer, ed.): *Die Elektrotherapie* (libro perfetto e completo).

BRANCIANI (Gauthiers-Villars, 1929, 25 fr.). *Lumière et rayons infrarouges.*

E. MILANI.

All'abb. n. 1671-1:

In Italia il più importante Ospedale traumatologico è il « Benito Mussolini » della Cassa Nazionale Infortuni a Bologna. Reparti di traumatologia a sè esistono in molti grandi ospedali del settentrione, ma sempre sotto la direzione del primario di chirurgia.

Anche in Francia, per quanto mi consta, la traumatologia non si è distaccata dalla chirurgia generale in ospedali o reparti specializzati. E. VENEZIAN.

VARIA.

Sulla scoperta dell'urea.

Fu Federico Wöhler, medico e professore di chimica a Berlino, all'età di 28 anni, che scoprì l'urea e ne diede notizia al maestro suo Berzelius, allora docente a Stoccolma, dicendo che era riuscito a « fabbricare urea senza per ciò avere necessità di reni di nessun animale, fosse uomo o cane ». La scoperta però fu casuale; Wöhler cercava di arrivare al cianato ammonico ed invece pervenne all'urea. Ecco perchè H. Kolbe, riferendosi a tale scoperta ed al susseguente sviluppo della sintesi chimica, ebbe a dire: « Wöhler è andato in cerca di un asinello ed ha trovato un regno ». (*Boll. Chim.-Farm.*, n. 5, 1929).

Della scoperta dell'urea avemmo già ad occuparci (questo periodico, 1923, p. 947).

A. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Scad. 20 nov.; consorzio con Cortebrugnatella; resid. a Roaiola; territorio montano; ab. 2152; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1260 indenn. integrativa, L. 4200 trasp., L. 500 uff. san.; riconoscim. un terzo servizi anter.; tassa L. 50,15.

ENNA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Scadenza 30 novembre. (V. N. 41 e 42).

MERANO (*Bolzano*). *Cassa circondariale di malattie.* — Per titoli. Posto di medico odontoiatra del gabinetto destistico istituito nella sede della cassa. Scadenza 10 novembre. (V. N. 41 e 42).

MORNICO AL SERIO (*Bergamo*). — A tutto 5 nov.; ab. circa 2000; iscritti c. 700; L. 8000 oltre addiz. L. 5 per ogni iscritto all'assist. med.-chir., L. 2 per ogni iscritto alla sola assist. farmac.; L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., L. 120 assicur., c.-v., 5 quinquenni dec.; età lim. 45 a.

TERNI. *Amministrazione Provinciale.* — Per esami e per titoli. Direttore Sez. Medico-Micrografica ed assistente Sez. Chimica Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi. Direttore, stipendio L. 14.500, cinque aumen. quinquennali di L. 1250 ciascuno e L. 2500 servizio attivo. Assistente, stip. L. 10.000, cinque aumen. quinq. di L. 950 ciascuno e lire 2000 servizio attivo. Indennità caro viveri se dovuta e come per altri dipendenti Provincia. Stipendi e indennità sono al lordo di ritenute legge. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Scadenza 30 novembre.

TERNI. *Comune.* — Medico scolastico; L. 6000 (*sic*) e 5 quinquenni dec., oltre L. 1000 serv. att., c.-v., indennità servizio fuori residenza; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 10 ott.; accettaz. entro 10 gg., assunz. servizio entro 30 gg. Scad. ore 18 del 15 nov. Rivolgersi Segreteria Comunale (1ª Divis.). È anche aperto il conc. a 2 posti di vigilatrice scolastica.

TREVISO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore medico. Stipendio annuo L. 24.000 aumentabili fino al massimo di L. 33.600. Indennità carica L. 7000 annue. Scadenza 15 novembre.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

MILANO. *R. Prefettura.*

Concorso al posto di Medico Capo-Ufficiale sanitario del Comune di Milano.

Il Prefetto della provincia di Milano: Premesso che deve provvedersi alla nomina del Medico Capo-Ufficiale Sanitario del Comune di Milano;

Veduta la lettera dell'On. Sig. Podestà in data 30 luglio 1929, N. 122525/2639, con cui, chiede che il concorso per la nomina del Medico Capo-Ufficiale Sanitario abbia luogo solo per titoli, giusta il disposto dell'art. 4 del R. D. 29 novembre 1925, N. 2266;

Veduto l'art. 18 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, N. 636;

Veduti gli articoli 25 e 26 del R. D. 30 dicembre 1923, N. 2889 e l'art. 6 della legge 23 giugno 1927, N. 1070;

Veduto il R. D. 29 novembre 1925, N. 2266;

Veduto il Decreto 6 febbraio 1926 del Ministero dell'Interno;

Veduto il vigente Regolamento generale ed organico per il personale del Comune di Milano;

DETERMINA

da oggi al 30 novembre p. v. è aperto il concorso per il posto di Medico Capo-Ufficiale Sanitario del Comune di Milano.

Il concorso è per titoli. Lo stipendio iniziale è di L. 32.000 all'anno al lordo per le trattenute di legge. Detto stipendio è suscettibile di sei aumenti quinquennali a norma del Regolamento generale ed organico per il personale del Comune.

Il funzionario nominato a detto posto fruirà inoltre di un supplemento di servizio attivo, non valutabile per la pensione, di lorde L. 3200 all'anno, oltre i diritti sanitari a norma di legge, giusta liquidazione da farsi all'Amministrazione Comunale di Milano.

Dato l'ammontare dello stipendio, non spetta al funzionario, ai sensi di legge, alcuna indennità di caro viveri.

Nessun altro compenso potrà pretendere dal Comune oltre quelli tassativamente indicati nel presente bando.

Il Medico Capo-Ufficiale Sanitario del Comune di Milano dovrà provvedere a tutto quanto è o sarà stabilito dalle disposizioni di Stato, e dall'Amministrazione Comunale a termini del Regolamento generale ed organico per il personale del Comune; dovrà pure provvedere, senza diritto a speciali compensi, a qualsiasi mansione temporanea in affari d'ufficio gli fosse deferita dal Podestà o da chi ne fa le veci, anche se estranea ai compiti specifici del posto coperto.

Qualora il nominato fosse già iscritto al Fondo pensioni del personale dipendente dal Comune di Milano, egli continuerà la propria iscrizione al Fondo stesso, con le proprie trattenute. In caso contrario sarà soggetto in quanto concerne il trattamento di quiescenza alle disposizioni che disciplinano la Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari.

Gli aspiranti dovranno far pervenire all'Ufficio di Protocollo della Ripartizione Municipale d'Igiene e Sanità, in via Palermo 6, non più tardi delle ore 18 del giorno 30 novembre 1929-VIII, le rispettive domande su carta bollata da L. 2 corredate dai seguenti documenti in carta legale e debitamente legalizzati:

1) certificato di nascita, dal quale risulti che alla data di pubblicazione del presente bando l'aspirante non ha superato l'età di anni 45. Questo limite di età è elevato di anni cinque per coloro che hanno prestato servizio militare dal 24 maggio 1915 al 4 novembre 1918. Sono esentati dal limite di età:

a) i medici provinciali ed i medici provin-

ciali aggiunti, i quali abbiano prestato, per almeno 6 anni, servizio effettivo nell'Amministrazione Sanitaria del Regno;

b) coloro che alla data di pubblicazione del presente bando prestino servizio in un Comune o Consorzio nella qualità di Ufficiale Sanitario con nomina biennale o definitiva, o di impiegati di ruolo presso Uffici d'Igiene o presso reparti medico-micrografici di laboratori di vigilanza igienica;

c) coloro che alla predetta data abbiano prestato tre anni di ininterrotto servizio in uno stesso Comune o Consorzio, nella qualità di Ufficiale Sanitario a seguito di regolare nomina Prefettizia, anche provvisoria;

2) certificato di cittadinanza italiana. Sono equiparati ai cittadini dello Stato i cittadini delle altre regioni italiane quand'anche manchino della naturalità;

3) certificato di non aver subìto condanne penali per i titoli indicati nell'art. 25 del Testo Unico della legge comunale e provinciale, approvato con R. D. 4 febbraio 1915, N. 148, salvo che la condanna sia stata seguita da riabilitazione o amnistia e salva, in questo ultimo caso, l'eccezione contemplata nel n. 10 dell'art. 107 della legge elettorale politica vigente;

4) certificato di buona condotta morale, civile e politica, accertata da Podestà o dai Podestà dell'ultima residenza almeno triennale;

5) diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, in originale o in copia notarile, o diploma, in originale o in copia notarile, della laurea di medicina e chirurgia, conseguita entro il 31 dicembre 1924, o conseguita entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovassero nella condizione prevista dall'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, N. 2909;

6) certificato, di aver adempiuto agli obblighi di leva;

7) certificato di data recente, di sana e robusta costituzione e di idoneità fisica all'esercizio della carica, con assenza di mali fisici anche temporanei da constatarsi dall'Ufficio Medico Municipale;

8) ricevuta del Civico Cassiere pel pagamento della tassa di L. 50 dovuta a sensi del R. D. 21 ottobre 1923, N. 2361.

I certificati di cui ai Nn. 2-3-4 debbono essere di data non anteriore a tre mesi a quella dell'apertura del concorso e cioè non anteriore al giorno 16 luglio 1929-VII.

Nella domanda ogni concorrente, oltre al cognome, al nome, alla paternità ed al luogo di nascita, indicherà un recapito a Milano, al quale soltanto verranno indirizzate le occorrenti comunicazioni.

La presentazione della domanda significa l'accettazione di tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico degli impiegati del Comune di Milano, a norma del Regolamento generale ed organico in vigore nello stesso Comune, e delle modificazioni che al medesimo saranno in prosieguo apportate. Ogni concorrente allegherà alla domanda i titoli scientifici e di carriera che crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, dei quali uno rimarrà unito agli atti ed il secondo gli sarà restituito, con dichiarazione di ricevuta.

I documenti ed i titoli da allegare alla domanda potranno essere presentati all'Ufficio di Protocollo della Ripartizione Municipale d'Igiene e Sanità, in via Palermo 6, anche fino alle ore 18 del giorno 5 dicembre p. v.

I programmi e le norme generali per il concorso saranno quelli stabiliti con Decreto 6 febbraio 1926 del Ministero per l'Interno a sensi dell'art. 3 del R. D. 29 novembre 1925, N. 2266.

Per i concorrenti, a parità di merito, hanno vigore le norme di cui all'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, N. 2073.

Saranno considerati rinuncianti al concorso coloro che non si presenteranno alla visita medica nei giorni e nelle ore che saranno fissati e che saranno loro comunicati al recapito indicato nelle domande d'ammissione al concorso.

La nomina sarà fatta per un biennio di prova, a termini dell'art. 18 del Testo Unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, N. 636 e dell'art. 11 del R. D. 29 novembre 1925 predetto. Si intenderà che il nominato avrà rinunciato al posto conferitogli se non assumerà effettivamente il servizio entro 30 giorni dalla data della consegna della lettera di nomina. Potrà essere concesso dall'Amministrazione del Comune un termine maggiore, non però mai superiore ai 90 giorni, quando il nominato dimostri di dover assolvere a precedenti serii impegni.

Agli effetti dell'ultimo comma dell'art. 6 del ricordato R. D. 29 novembre 1925, e senza che ciò possa attribuire alcun diritto al nominato al posto messo a concorso, nè per maggiori compensi, nè per altro titolo, si avverte che la popolazione presente del Comune di Milano, esclusa la guarnigione è stata calcolata al 30 giugno 1929 in 946.104 abitanti e che l'estensione del detto Comune è di circa mq. 189.306.320.

Milano, li 16 ottobre 1929 - Anno VII.

Il Prefetto: F.to Siragusa.

La Commissione della Repubblica di Togo (Africa) richiede due medici, preferibilmente celibi, per il personale addetto alla costruzione della ferrovia Nord-Togo. Condizioni: contratto biennale rinnovabile; licenza di 6 mesi ogni biennio; compenso per l'assistenza alle famiglie della colonia 60.000 franchi, oltre ad indennità varie; premio di 5000 franchi dopo il primo biennio e di 10.000 dopo il secondo di dimora effettiva. Per informazioni rivolgersi alla « Agence Economique des Territoires », boulevard des Italiens 27; ovvero alla « Inspection générale du Service de Santé, Deuxième Section, Ministère des Colonies », rue Oudinot 27, Parigi.

Concorsi a premi.

Premio internazionale sul tracoma.

Il Ministro ungherese della Previdenza sociale ha fondato un premio di 2000 franchi svizzeri (circa 7400 lire it.) per compensare un lavoro originale circa l'eziologia del tracoma. Il lavoro dovrà segnare un progresso importante in questo campo. Il concorso scade il 30 giugno 1931. I lavori presentati al concorso possono essere scritti in francese, inglese, italiano, tedesco od ungherese; devono essere inviati alla I Clinica Oftalmologica della Reale Università Ungherese « Peter Pázmány » Maria-Utca 39, Budapest VIII. La Commissione potrà tener conto anche di lavori non presentati al concorso, pubblicati tra il 1° giugno 1929 e il 30 giugno 1930. La decisione si avrà non oltre il 31 dicembre 1931.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Werner Gerlach è stato chiamato alla cattedra di patologia a Basilea, quale successore di R. Rössle; assumerà il posto col 1° aprile 1930.

Il prof. v. Pfaundler è stato chiamato a dirigere la Clinica pediatrica di Vienna, quale successore di v. Pirquet.

Il dott. Georg Barkan, docente di farmacologia a Francoforte sul M., è chiamato ad insegnare questa disciplina all'Università di Dorpat.

Il prof. Robert Rössle, di patologia a Basilea, è chiamato ad insegnare questa disciplina alla Università di Berlino.

Il prof. Juan Raúl Goyena è nominato, in esito a concorso, titolare della clinica medica dell'Università di Buenos Aires.

Il dott. Gregorio Aráoz Alfaro, professore onorario all'Università di Buenos Aires, è stato aggregato alla cattedra di materia medica, di cui è titolare il prof. Ignacio Ymaz.

Il Governo dell'Ungheria ha conferito un'alta onorificenza — la Croce al Merito Ungherese di II Classe con Stella — al sen. Carlo Bonardi, quale presidente della Cassa Nazionale Infortuni e capo della Delegazione italiana inviata dal Governo Fascista a Budapest nel settembre 1928 per il V Congresso internazionale medico sugli infortuni del lavoro e sulle malattie professionali, nel quale l'Italia seppe affermarsi degnamente.

La Facoltà Medica dell'Università di Cape Town (Sud Africa) ha istituito l'insegnamento di storia della medicina e l'ha affidato al prof. Gunn.

Il prof. Carl von Noorden di Francoforte è nominato medico consulente per le malattie del ricambio e della nutrizione presso l'Ospedale Civile di Vienna; verrà preposto ad una Sezione speciale che dovrà essere costituita presso il detto Ospedale.

All'inaugurazione del Congresso internazionale di Oftalmologia in Amsterdam venne conferita, dalla Società Oftalmologica Americana, al prof. Ernst Fuchs, emerito dell'Università di Vienna, la grande medaglia d'oro Leslie Dana.

La Società Oftalmologica Americana ha assegnato la medaglia d'oro Lucien Howe al dott. Theodor Axenfeld, professore di oftalmologia all'Università di Friburgo i. Br.

Il magg. gen. medico Harold B. Fawens è nominato direttore generale della Sanità militare della Gran Bretagna, in sostituzione del ten. gen. sir Matthew Fell, andato a riposo volontariamente. Il Fawens conta 53 anni. Occupava la carica di vice-direttore, nella quale gli subentra il col. medico W. R. Blackwell.

Erratum. — Nel fasc. 42, p. 1508, col. 1ª, riga ultima del riassunto, leggere: talvolta necessita lo zaffamento; p. 1535, ult. notizia, l. 10ª, leggere: distribuì; linea quart'ultima leggere: riuscirà ad operare.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi di Genova.

Mentre questo numero va in macchina, si svolgono a Genova i Congressi da noi ripetutamente annunziati, nei quali si rispecchiano i progressi compiuti in Italia nel corso di un anno dalla medicina e dalla chirurgia. Su di essi, pertanto, si concentra l'attenzione della classe medica.

Ci riserviamo di darne la cronaca ed ampi resoconti a partire dal prossimo numero.

L'Ospedale del Littorio in Roma.

Il 28 ottobre sarà inaugurata a Roma una delle maggiori opere di pubblica utilità compiute nella capitale negli ultimi cinquant'anni. Il grandioso Ospedale del Littorio, vastissimo e perfettamente moderno nosocomio, per la provvidenziale volontà del Duce è stato costruito in breve volgere di tempo in modo superbamente degno di Roma e tale da costituire una delle più belle istituzioni ospitaliere di Europa e certo la prima d'Italia.

Il « Littorio » costituisce una vera e propria città ospedaliera aggregata all'Urbe; ha propri sistemi di vita, di organizzazione, di economia. La posizione è amenissima; sulle pendici di una collina che raggiunge i 45 metri sul livello del mare, fra la via Portuense, la Circonvallazione gianicolense e la linea ferroviaria Roma-Pisa.

L'area occupata dai fabbricati, delimitata da un muro di cinta e da una scarpata, è di 36 ettari: più della Città del Vaticano. La superficie coperta dai fabbricati è di 25 mila metri quadrati. Le costruzioni sono 22. L'edificio centrale, destinato ai servizi della direzione e all'alloggio dei sanitari, ha a lato gli edifici destinati al pronto soccorso e all'accettazione, ai gabinetti radiologici e agli ambulatori; seguono tre padiglioni di medicina, tre di chirurgia e uno per le specialità; poi gli edifici per la cucina e la dispensa, la farmacia, il deposito dei liquidi infiammabili, la centrale elettrica e termica, la materasseria, il garage e l'istituto anatomo-patologico. Otto grandi corsìe, più di cento camere di isolamento, 7 sale operatorie, 40 camere per i medici e oltre 500 locali per i vari uffici e servizi ha l'ospedale.

Il trasporto dei malati si farà mediante vetture e vetturette autoelettriche con lettighe per le quali è stata costruita un'apposita rete stradale in cemento armato e asfalto e all'interno mediante ascensori. Per il trasporto dei viveri e dei materiali è stato adottato un sistema di viabilità sotterranea. Il trasporto avverrà a mezzo di furgoncini a trazione autoelettrica attraverso gallerie che hanno una lunghezza complessiva di metri 2600. In ogni padiglione vi saranno ascensori e montacarichi.

L'ospedale avrà mille letti, ma in caso di bisogno ne potrà collocare anche 1500. La centrale termica avrà una produzione oraria di 7 milioni e 500 mila calorie. Anche l'arte e l'estetica sono state curate con intelligente fervore nell'assieme e nei particolari.

Sanatorio Pizzardi a Bologna.

Questo grandioso Sanatorio fa parte dell'imponente Ospedale dovuto al benefattore marchese Carlo Alberto Pizzardi.

È ancor vivo il ricordo degli atti di carità e di amore compiuti dal generoso filantropo. Ma per importanza economica e spirituale eccelle la donazione che il filantropo patrizio assegnò all'Ospedale Maggiore di Bologna con l'obbligo di costruire un istituto ospedaliero capace di mille letti per il ricovero e la cura degli infermi bisognosi. Donazione che comprende il più interessante e cospicuo patrimonio terriero della Provincia.

Il Sanatorio dell'Ospedale Pizzardi che l'alba dell'anno VIII dell'Era Fascista vedrà ultimato ed inaugurato, sorge in una zona particolarmente suggestiva, in località Bellaria sul Savena, fra il capoluogo di S. Lazzaro e la borgata di S. Ruffillo, in posizione elevata, su di un'area di oltre 350 mila metri quadrati; comprenderà un largo sviluppo di giardini e di parchi.

Il Sanatorio ormai ultimato con una spesa di costruzione di circa 12 milioni di lire, si compone di otto edifici: il padiglione d'ingresso, quattro padiglioni principali, due dei quali comprendono il reparto femminile e due il reparto maschile, il padiglione dei servizi generali e delle suore, l'oratorio e la camera mortuaria. Il padiglione d'ingresso comprende, nel piano terreno rialzato, gli ambulatori specifici e generali, un centro radiologico tanto per la diagnostica quanto per la terapia; al primo piano i gabinetti e i laboratori di analisi chimica e di ricerche micrografiche, le camere di riposo per i medici assegnate al servizio di guardia e all'internato con annessi locali di refezione e di soggiorno, oltrechè gli uffici amministrativi; all'ultimo piano poi trova posto una vasta aula ad uso di sede per conferenze, di biblioteca, di congressi, di riunioni di sanitarii, con annessi locali di sosta per gli ospiti di particolare riguardo.

Ogni padiglione è capace di 80-100 letti e pertanto complessivamente il Sanatorio ha una potenzialità di accoglimento da 300 a 400 ammalati che potranno essere ospitati in camere ad uno o più letti, disimpegnate da un ampio corridoio ad ogni piano. Ascensori per persone, montacarichi per vivande ed altri articoli di consumo e un doppio ramo di ampie e decorose scale completano ogni padiglione.

Gli impianti sanitari sono quanto di più moderno sia stato fino ad oggi concepito. Le segnalazioni adottate, come per i grandi alberghi, sono policrome e luminose.

I quattro padiglioni di degenza comprendono inoltre ampie terrazze con esposizione prevalente a mezzogiorno per le cure elioterapiche ed ampi ballatoi a settentrione per ristoro dei malati, quando infierisce il solleone.

I lavori di finimento e l'arredamento sono inspirati a un senso di gaiezza che non potrà non influire benevolmente sullo spirito dei degenti.

Il Sanatorio è stato costruito su progetto dell'ingegnere capo dell'Ufficio tecnico degli Ospedali Giulio Marconigi, con la collaborazione degli ingegneri aggiunti Rossi e Barattini addetti al cantiere. Si sono ancora prodigati pel compimento dell'opera i capi servizio dell'Amministrazione ospedaliera. A tutti ha presieduto il Commissario Prefettizio comm. ing. Umberto Ferri animatore costante di persone e di cose.

Le opere assistenziali nel Leccese.

Alla lotta antitubercolare si è dato carattere di realistica fattività con la creazione obbligatoria del Consorzio Provinciale Antitubercolare « Vittorio Emanuele III », cui contribuiscono Provincia e Comuni. Ad accrescere le entrate sono venuti ad aggiungersi, per l'interessamento dell'on. Starace, speciali provvidenze da parte del Governo e della Croce Rossa Italiana.

È venuto in seguito il contributo del comm. Luigi Scarciglia da Minervino, il quale ha donato al solo Consorzio Antitubercolare — senza contare le altre cospicue elargizioni a favore di altri Enti — la somma di 3 milioni e 430 mila lire.

Con tali risorse si poteva provvedere a dare al Consorzio un'attrezzatura di prim'ordine.

Esso infatti oltre a contare i tubercolosari ed un dispensario modernissimi installati recentemente nell'Ospedale Civile Vito Fazzi, conta un Sanatorio Forlanini — il cui acquisto costituisce l'ultima donazione del comm. Scarciglia — nonchè una Colonia Marina permanente situata in amena posizione sul promontorio di S. Maria di Leuca.

Anche alla lotta contro il tracoma è stato dato in Provincia di Lecce un incremento degno di nota.

È stato istituito un Ambulatorio per ogni Comune e durante il corrente anno in essi si sono effettuate complessivamente oltre 70 mila medicazioni.

Altre istituzioni assistenziali sono state dal Fascismo create. Parte di esse alle dirette dipendenze dell'O. N. M. I. come *Il Nido*, cui è annesso un Ambulatorio pediatrico ed una sala di refezioni per le madri indigenti, ed il *Sorriso al Bimbo*, istituzione questa preesistente, ma dal Fascismo potenziata e valorizzata.

Un'altra organizzazione, anch'essa dovuta all'iniziativa dell'on. Starace, funziona oggi ed è la *Croce Verde del Littorio* la cui moderna e ricca dotazione di mezzi e di automezzi le consente di svolgere un'azione altamente meritoria in materia di pronto soccorso in tutta la Provincia, avendo dislocato quattro sezioni nei centri principali. È amministrata e gestita dalla Federazione politica e dai Fasci.

Per un Sanatorio in provincia di Trapani.

I signori Giuseppe e Luigi Fontana Maranzano e la signora Caterina Fontana Maranzano, autorizzata dal marito notaro Gaspare Di Vita, hanno fatto donazione, in favore della Casa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, di una tenuta di terre in contrada Torrebianca del valore di oltre di L. 120.000, affinchè la Cassa medesima concorra a costruire e mettere in funzione un Sanatorio per la cura dei tubercolotici. Il nuovo Sanatorio conterrà 150 letti, dei quali 100 a disposizione della Cassa Nazionale e 50 a disposizione del Consorzio Provinciale Antitubercolare.

Per la lotta contro il cancro.

Il sig. Raza Romualdo, morto di recente a Gorizia, ha lasciato la somma di lire diecimila alla Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Il Ministero delle Finanze, date le finalità benefiche sociali di questa Lega, l'ha esantata dal

pagamento di qualsiasi tassa successoria, e la somma, a cura del Podestà di Gorizia, Bombig, è stata versata al tesoriere della Lega stessa.

Contributo alla C. R. I. per la lotta antitubercolare.

La « Gazz. Uff. » pubblica il decreto 18 settembre 1929, n. 1818, che autorizza una prelevazione di L. 3.320.000 dal fondo di riserva per le spese impreviste per l'esercizio finanziario 1929-30 quale contributo straordinario a favore della Croce Rossa Italiana per provvedere a spese determinate dalla lotta antitubercolare.

L'autoveicolo nella lotta contro la tubercolosi.

Alla presenza del Ministro delle Corporazioni on. Bottai e con l'intervento del prefetto D'Ancora, vice Governatore di Roma, del senatore Cremonesi, presidente della Croce Rossa Italiana, del comm. Fornaciari, direttore della Sanità al Ministero dell'Interno, dell'on. Morelli, presidente dell'Istituto Benito Mussolini, del prof. Busi, direttore della clinica radiologica dell'Università di Roma, del gr. uff. Guido De Cupis consigliere delegato della S.T.A. e di altre personalità: medici, giornalisti, signore. nel salone romano della « Fiat » ha avuto luogo la presentazione del dispensario mobile antitubercolare FIAT con gabinetto radiologico ed impianti medici e sanitarii ideati e studiati dalla I.T.E.N. che ha attrezzato il dispensario stesso.

Il prof. Carlo Benedetti, primario del servizio antitubercolare del Governatorato, ha illustrato, in una conferenza, l'importanza della lotta antitubercolare, mettendo in particolare rilievo l'utilità dei dispensari mobili per la profilassi antitubercolare nei distretti rurali.

Infatti questo dispensario costituisce un vero e proprio gabinetto di medicina interna montato sull'automobile: esso contiene tutti gli strumenti scientifici per l'esame radiologico e microscopico e per la disinfezione. Se l'ammalato non può uscire di casa, il dispensario rende possibili gli accertamenti sanitari non trasportando che l'apparato radiologico azionato dal dispensario stesso. La dimostrazione pratica è stata fatta dal dott. Pirri e dal sig. Lienhard.

Il dispensario porta anche il cinematografo per proiettare film di propaganda igienica ed anche ricreativi.

Questo dispensario mobile Fiat è destinato ai Consorzi provinciali antitubercolari, per la più efficace e diffusa lotta contro il flagello.

Alla Società di Medicina Legale.

Nell'ultima riunione della Società il professore S. Ottolenghi ha rilevato che il nuovo Progetto Rocco, al Cap. III, art. 315 e segg., sopprime la perizia in *contraddittorio* in vigore nel Codice attuale e ammette un unico *perito*, il *perito del giudice*, ma « dà facoltà alla parte (art. 322) di nominare a proprie spese a mezzo del suo difensore un *consulente tecnico* ».

L'Ottolenghi dimostra che la nuova figura mentre sancisce nell'interesse della giustizia il diritto di revisione dell'opera del perito del giudice, moltiplica l'efficacia delle indagini peritali a tutto vantaggio della giustizia.

Proceduta ad una minuta analisi delle nuove progettate disposizioni, l'Ottolenghi conclude dimostrando che la nuova riforma segna l'aurora del rinnovamento delle importanti funzioni medico-legali.

Mette infine in rilievo che tale riforma è la espressione tipica di un procedimento penale corrispondente alle esigenze di uno Stato fascista che, in tema di giustizia sociale, non può ammettere il prevalere dell'azione di parte e si interessa, nella difesa della sua integrità e della salute fisica e morale dei cittadini, non meno dell'assoluzione dell'innocente che della condanna del colpevole.

Alla relazione dell'Ottolenghi seguì un'ampia discussione, alla quale presero parte specialmente il presidente on. Dore, il prof. Ascarelli, il dott. Massari, l'avv. Toscano e in seguito alla quale si votò all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« La Società di Medicina Legale di Roma applaude al concetto informatore della riforma dell'Istituto peritale nel Progetto Rocco del C. P. P., riforma di carattere veramente fascista, corrispondente ai più vitali interessi di uno Stato primo difensore della integrità morale e materiale dei cittadini, e fa voti che l'opera del *consulente tecnico* possa essere prestata in tali condizioni da poter realmente riuscire efficace nella ricerca del vero e che una rigorosa scelta dei *periti* dal *giudice* assicuri una provvida opera peritale in favore della giustizia »

Società Freniatrica italiana.

Il giorno 13 ottobre si è riunito in Bologna il Consiglio direttivo della Società Freniatrica italiana. Erano presenti i proff. Donaggio, Modena vice-presidenti; Kobilinski segretario; Baroncini, Cappelletti, Pini consiglieri e Tambroni presidente del prossimo congresso. Avevano giustificato la assenza mandando piena adesione alle decisioni del convegno i colleghi Alberti, Cerletti, D'Ormea, Colucci, Seppilli, Montesano e Guicciardi.

Il Consiglio prima di iniziare i suoi lavori inviò telegramma di rinnovato cordoglio al prof. Arturo Morselli e alla vedova del compianto e venerato Presidente.

Quindi trattò del rinvio del congresso di Ferrara, rinvio che secondo i convenuti, non interpellati in tempo dal segretario, non era sufficientemente giustificato e si è riconosciuto necessario provvedere al preciso incarico di reggenza della Società in attesa della assemblea generale che viene decisa immancabilmente per la primavera 1930 a Ferrara.

Su proposta del prof. Cappelletti l'attuale ufficio di presidenza viene incaricato della reggenza della Società; su proposta del prof. Modena ai tre vice-presidenti (Donaggio, Guicciardi, Modena) viene associato il prof. Tambroni, presidente del prossimo congresso. Per facilitare i rapporti fra presidenza e segreteria il consiglio prega il dottor Baroncini di accettare l'incarico di segretario; come vice-segretario viene nominato il dott. Padovani, segretario del comitato organizzatore del prossimo convegno.

Il prof. Donaggio si incarica di assumere informazioni sulla data del congresso della società di Neurologia a Padova; la data del congresso Freniatrico verrà stabilita in modo da far precedere o subito seguire l'altro, qualora venga fissata per la primavera anche la riunione dei neurologi.

Il dott. Pini assume l'incarico di comunicare al

prof. Castellino le decisioni dell'odierna adunanza essendo la società aderente ai sindacati.

Il prof. Modena esprime al prof. Kobilinski la riconoscenza per l'attività svolta fino ad ora e lo prega di inviare elenco dei soci e situazione di cassa al dott. Baroncini.

18° Congresso italiano di Stomatologia.

Il 14 corr., nell'Aula Magna dell'Università di Roma, venne inaugurato con grande solennità il 18° Congresso indetto dalla Federazione Stomatologica Italiana.

Alla cerimonia intervennero il sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale on. Di Marzo e moltissime altre autorità e personalità. Numerosissimi i rappresentanti esteri: la Germania era rappresentata dal prof. Hans Moral e dal prof. Cristiano Bruhn, la Francia dal dott. Herpin, l'Austria dal prof. Sicher, la Spagna dal dott. Manuel Bau Laganica, Landette Arago e Moyoral Carpintero, per gli Stati Uniti era presente il dottor Boyd Gardner; l'Ungheria era largamente rappresentata: il sig. Andrea Csillery, ex ministro delle Provvidenze sociali, rappresentava il Governo ungherese e con lui erano i professori Salomon, Szabò e Morelli ed altri 30 specialisti in odontoiatria per restituire agli stomatologi italiani la visita loro fatta a Budapest nel 1925.

Parlò primo il rettore dell'Università sen. Millesovich. Poi l'on. prof. Perna tenne un efficace discorso inaugurale, in cui lumeggiò i compiti profilattici della stomatologia, compiti secondati dal Governo; mise in valore l'imponente donazione dell'americano Georg Eastman: essa indica la simpatia degli americani verso l'Italia fascista e il suo Duce, di modo che dobbiamo apprezzarne il valore morale ed esserne riconoscenti al Regime ed al Duce; ricordò le battaglie sostenute per giungere alla obbligatorietà della laurea nell'esercizio dell'odontoiatria; chiuse rilevando le provvidenze del Governo per la tutela della salute fisica del popolo. L'on. Di Mario ribadì i concetti espressi dall'on. Perna ed assicurò del costante e vigile interessamento del Governo.

A presiedere le varie sedute scientifiche vennero chiamati di volta in volta contemporaneamente un italiano ed uno straniero.

Dei lavori daremo un breve resoconto in un prossimo numero.

* * *

Ad un banchetto cui partecipò S. E. Di Marzo per il Governo, il prof. Di Mento, offrì, in nome della Federazione Stomatologica Italiana, una targa d'oro all'on. prof. Perna. Questi rispose considerando l'omaggio come diretto anche ai suoi fedeli e assidui collaboratori. Il prof. Sturm, in nome della rappresentanza ungherese, ringraziò per le accoglienze ricevute e rilevò che la legislazione italiana in materia stomatologica può valere di modello. Dopo altri oratori l'on. Di Marzo pronunziò un discorso in cui si compiacque dei lavori compiuti dal Congresso. Fu inneggiato ripetutamente al Governo ed al suo Capo.

Congresso balneologico internazionale.

Il 15 ottobre venne inaugurato a Budapest il Congresso internazionale balneologico organizzato dall' «International society of medical hydrology» e dalla « Lega internazionale per la lotta contro il reumatismo ».

Dopo il discorso inaugurale tenuto dal prof. Koraniy, prese la parola il ministro della Salute pubblica Wass, il quale ha rilevato specialmente l'importanza sociale della lotta per le malattie reumatiche che significano anche un forte aggravio pei bilanci di uno Stato. Ha rilevato che l'Ungheria dopo la pace ha perduto i suoi più importanti luoghi di cura, ma che ad essa sono rimasti appunto quelli che riguardano la cura delle malattie reumatiche; ha espresso la speranza che la collaborazione fra le due associazioni che si sono riunite a congresso in Budapest sia coronata da successo. Poi il borgomastro ha porto il saluto della città ai congressisti. Infine il sen. Gabbi di Parma ha recato il saluto del Governo italiano.

Al congresso, che si svolse nella sede dell'Accademia delle scienze ungheresi, parteciparono oltre 200 delegati stranieri di quasi tutti i paesi.

2 Congresso medico pan-americano.

Si terrà a Panama dal 30 gennaio al 5 febbraio 1930, sotto la presidenza del dott. Francesco Fernández, ministro della Sanità a Cuba. V'interverranno rappresentanti di tutte le Repubbliche americane e del Dominio del Canadà. Contemporaneamente al Congresso, si terrà un'Esposizione sui progressi realizzati dall'America in materia di ospedali e di laboratori. In occasione del Congresso si terranno varie conferenze dimostrative, da insegnanti di Chicago, Rio de Janeiro, Avana ecc. Sono organizzate numerose gite e trattenimenti.

Esame di Stato per l'esercizio professionale.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un decreto che reca alcune modificazioni al regolamento per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di medico chirurgo, chimico farmacista, ingegnere architetto.

In forza di tali modificazioni non è consentito ai candidati di sostenere nella stessa sessione, esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio di più di una professione. Il candidato che non abbia raggiunto l'idoneità in una delle prove non è ammesso alle successive.

Consiglio Superiore della P. I.

Si è riunita di nuovo il 12 settembre la prima sessione del Consiglio superiore della Pubblica Istruzione, che ha continuato l'esame di un importante ordine del giorno. Detto ordine del giorno comprende fra l'altro modifiche agli statuti di numerose università, tra cui quelle di Roma, Milano, Padova, Pisa, Torino e Napoli; esame dei pareri sulle proposte di apertura di concorso per l'anno accademico 1929-30; esame di Stato nel novembre 1929 per medici, chimico-farmacisti, architetti e ingegneri.

Scuola di perfezionamento in Pediatria in Firenze.

Nel novembre prossimo presso la R. Clinica Pediatrica di Firenze, si inizierà un corso di perfezionamento biennale per il conseguimento del diploma di specialista in pediatria secondo i termini di legge (art. 4 R. D. 31 dicembre 1923, n. 2990), per i laureati in medicina e chirurgia.

Il corso comprenderà lezioni cliniche ed esercitazioni di ambulatorio e di laboratorio, nonchè lezioni di materie integrative e gli iscritti dovranno prestare per turno servizio nelle varie sezioni della Clinica, che resta aperta tutto l'anno.

Al termine del primo anno (1929-1930) gli iscritti, a cui è fatto stretto obbligo di frequenza, dovranno sostenere un esame di profitto. Alla fine del secondo anno (1930-1931) discuteranno una tesi di argomento pediatrico e sosterranno un esame clinico.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina della R. Università di Firenze, via Alfani 33, ovvero alla Direzione della R. Clinica Pediatrica di Firenze, via Mannelli 115.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Dal 4 al 9 novembre, nell'Hôpital de la Charité, si terrà un corso di revisione sulle acquisizioni mediche dell'annata, nel campo delle malattie interne, sotto la direzione dei proff. Emile Sergent e Camille Lian.

Dall'11 al 21 novembre, nell'Hôpital Tenon, si terrà un corso di perfezionamento sulle grandi sindromi cardiache, sotto la direzione del professore Camille Lian.

Per ciascun corso la tassa d'iscrizione è di franchi 250. Per i programmi e le iscrizioni rivolgersi al dott. Blondel, 1.er assistent du Service Lian, Hôpital Tenon, Paris.

Corsi per assistenti sanitarie della C. R. I.

Il Comitato di Milano della C. R. I. riaprirà ai primi di gennaio 1930 il corso per assistenti sanitarie. La direzione tecnica del corso è affidata al presidente generale della C. R. I. sen. Cremonesi ed al prof. Carlo Foà; le lezioni verranno impartite da insigni docenti dell'Università, dell'Ospedale Maggiore e di altre istituzioni. Possono prender parte al corso le infermiere diplomate da una Scuola Convitto, e le iscrizioni si ricevono presso l'Ospedale Principessa Jolanda, via Sassi 4 - Milano.

In onore dei proff. Sclavo e De Blasi.

A Siena, nella sala del Consiglio provinciale dell'Economia, ebbe luogo il 2 ottobre una cerimonia in onore del prof. Achille Sclavo, presidente dell'Associazione Nazionale d'Igiene, e del prof. Dante De Blasi, recentemente nominato membro dell'Accademia d'Italia.

Erano presenti i partecipanti al Congresso Nazionale d'Igiene e tutte le autorità cittadine, e hanno parlato il sen. Simonetta, l'on. Chiurco, il prof. Abba ed altri. A tutti hanno risposto commossi i due festeggiati.

Un medico che dà il suo sangue.

Il dott. Giulio Joo di Como ha dato 350 g. di sangue per una donna anemizzata, mettendola fuori pericolo. Altri due medici si erano pure offerti.

Si è spento il prof. dott. ENRICO GUALDI, che è stato un organizzatore attivo della rieducazione dei mutilati di guerra, un promotore ed un apostolo dell'educazione fisica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI — Roma, 4 Novembre 1929 — Num. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Chirurgica Generale della R. Università di Pisa
diretta dal Prof. DOMENICO TADDEI.

Considerazioni a proposito dell'eliminazione del Bacillo di Koch attraverso il rene in soggetti affetti da gravi lesioni polmonari senza apparenti lesioni renali.

(NOTA PREVENTIVA).

Dott. GIORGIO MILLUL, assistente.

Non mi sembra cosa priva di interesse il riferire con questa nota su di alcune ricerche da me eseguite a proposito della eliminazione del bacillo di Koch attraverso il rene in malati affetti da gravi lesioni polmonari, senza alcun risentimento del parenchima renale. Le esperienze eseguite ammontano a 50 ed in ogni caso ho proceduto alla ricerca microscopica, alla prova biologica ed all'esame culturale.

Prima di riportare i risultati ottenuti desidero accennare alla tecnica da me seguita durante le ricerche sopra ricordate:

a) per la ricerca microscopica ho creduto sufficente praticare in ogni caso una prolungata centrifugazione di circa 10 cmc. di urina e con il sedimento ottenuto ho allestito per ogni caso 4 preparati.

Il metodo di colorazione prescelto è stato quello di Ziehl e l'osservazione è sempre stata metodica e prolungata;

b) per la prova biologica ho scelto come animale da esperimento la cavia ed ho eseguito l'iniezione di 1 cmc. del materiale, raccolto, dopo centrifugazione, nel sottocutaneo (regione inguinale destra) e direttamente nel peritoneo;

c) per l'esame culturale ho eseguito le ricerche sul terreno di Petragnani; terreno che fu preparato seguendo scrupolosamente le regole dettate dal predetto autore. (Per la preparazione del terreno, fui ospite dell'Istituto di Igiene di cotesta R. Università).

I risultati che ho ottenuto possono essere riassunti nel modo seguente:

La ricerca microscopica mi ha fatto riconoscere la presenza del bacillo di Koch in un solo caso (Osservazione IV).

La prova biologica è sempre stata negativa sia nelle cavie ove l'iniezione fu praticata nel sottocutaneo, sia in quelle ove fu eseguita la inoculazione diretta nel peritoneo.

L'esame culturale è stato positivo in due casi (Osservazione IV e XVII) ove ho potuto riconoscere le tipiche colonie assai rigogliose nel primo e meno numerose nel secondo.

CONCLUSIONI.

Dai dati rilevati dalle predette ricerche sono portato a formulare le seguenti considerazioni:

1) Non si deve ritenere reperto frequente la eliminazione del bacillo di Koch attraverso un rene che non presenta alcuna lesione riconoscibile con i comuni metodi di ricerca clinica, anche se le lesioni polmonari sono assai avanzate.

2) L'esame culturale, adoperando il terreno di Petragnani, è una ricerca assai sensibile e permette in alcuni casi di formulare una diagnosi di natura con la massima precisione. Il vantaggio che il terreno accennato ha in confronto con altri procedimenti proposti è rappresentato dalla selettività che è dovuta al verde di malachite.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania
diretto dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Particolari modificazioni del quadro eberthiano in epidemie attuali.

Prof. SALVATORE FICHERA,
aiuto e incaricato di Patologia Medica.

In occasione di una piccola epidemia di tifo che condusse al ricovero di sedici pazienti nella nostra clinica, abbiamo avuto occasione di osservare un particolare contegno sierologico ed emoculturale già in casi speciali conosciuto in passato, come nel tifo di guerra da Maurizio Ascoli, ma del quale nella fattispecie ci ha colpito la notevole relativa frequenza.

Le ricerche sierologiche ed emoculturali vennero praticate per ogni ammalato ripetute volte, cosicchè è stato possibile rilevare il momento e il grado delle modificazioni verificatesi. Così abbiamo potuto constatare che la sieroreazione agglutinante si è fatta positiva in quattro casi tra il dodicesimo e il sedicesimo giorno, in sei tra il diciassettesimo e il ventunesimo giorno, in quattro tra il ventiduesimo e il ventottesimo e in due dopo il trentesimo giorno di malattia, in uno di questi ultimi a convalescenza iniziata e a sfebbramento avvenuto.

Al ritardo dell'apparizione della sieroreazione agglutinante ha fatto riscontro il reperto positivo dell'emocultura, che si è riscontrato in sei casi oltre il terzo settenario della malattia, quando abitualmente lo stato setticemico è passato.

A garanzia del risultato negativo della siero-agglutinazione le prove furono ottenute con i diversi ceppi del nostro laboratorio e l'esito non fu diverso. Esso era quindi sicuramente da riferire all'assenza delle agglutinine.

Ordinariamente l'emocultura suole risultare positiva soltanto nel primo settenario della malattia, mentre la presenza delle agglutinine nel sangue si inizia da questo termine e va progredendo più o meno regolarmente con il decorso dell'infezione.

Noi ci siamo trovati invece in presenza di forme nelle quali il periodo setticemico si è protratto per un tempo molto lungo e al quale ha corrisposto un ritardo notevole dell'apparizione delle agglutinine. Contrariamente a quanto un simile contegno avrebbe potuto far presumere, i casi da noi osservati non rivestirono una particolare gravità, pur presentando una certa atipia per la scarsa pronunzia sia dello stato tifoso che della roseola e per la irregolarità della curva termica.

Dal punto di vista pratico queste osservazioni riconfermano la importanza dell'emocultura e ne avvalorano i reperti specie nei casi a sierodiagnosi negativa. Però questa indagine, per difficoltà di tecnica non ha raggiunto fin'oggi la diffusione uguale a quella della sierodiagnosi (1).

In definitiva a questa nota intendiamo assegnare un compito di sondaggio allo scopo di provocare la comunicazione di eventuali osservazioni analoghe sull'argomento occorse ad altri, onde poter stabilire se le alterazioni della fisionomia clinica della malattia, cioè il prolungamento dello stato setticemico con il contemporaneo ritardo dell'apparizione delle agglutinine, e tutto ciò senza particolare gravità del quadro morboso complessivo anzi con una certa sua attenuazione, costituiscano un fatto puramente occasionale, oppure rappresentino una tendenza a modificazioni del quadro clinico che la infezione erbertiana va assumendo.

Queste note erano da tempo redatte quando l'eco che noi ci proponevamo di suscitare comparve invece in forma di richiamo spontaneo in una nota di Gaté, Gardère e Billa sui *Comptes Rendus de la Société de Biologie*,

(1) Oggi queste difficoltà sono superate mercè l'uso delle « venule » contenenti o non terreni nutritivi, non ingombranti, che permettono senza gravi difficoltà il prelevamento del sangue da inviare in qualche vicino laboratorio batteriologico e da servire per l'emocultura e la sierodiagnosi.

n. 12, 1929; così alle osservazioni raccolte a Lione offrono riscontro le nostre, analogia tanto più interessante in quanto lo stesso rilievo ha colpito contemporaneamente ed indipendentemente più osservatori diversi e lontani.

RIASSUNTO.

In occasione di una piccola epidemia di tifo si è osservato un particolare contegno sierologico ed emoculturale rappresentato da un ritardo spiccato nell'apparizione della siero-reazione agglutinante e da un prolungamento notevole dello stato setticemico, rivelato dal risultato dell'emocultura positivo fin oltre il terzo settenario della malattia.

S'insiste sulla importanza dell'emocultura dal punto di vista pratico, e si mette in rilievo il particolare contegno sierologico ed emoculturale che potrebbe rappresentare una tendenza a modificazioni del quadro clinicò che l'infezione eberthiana va assumendo.

BIBLIOGRAFIA.

MAURIZIO ASCOLI: *Conferenze ai Medici in guerra.* Milano, Stucchi, Ceretti e C., 1915.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. M. DELLA CONSOLAZIONE - ROMA
Primario: Prof. S. MUZII.

Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio delle esostosi multiple cartilaginee famigliari.

Dott. ETTORE RUGGIERI, assistente.

Le esostosi multiple cartilaginee (Cooper) o eccondrosi ossificanti (Virchow) sono tumori sporgenti sulla superficie ossea, impiantati su di essa, con larga base o per mezzo di un peduncolo, che si formano in corrispondenza delle cartilagini di accrescimento. Esse per l'appunto sarebbero dovute a proliferazione di un'isola cartilaginea che sporge all'esterno e che successivamente, in parte, si trasforma in tessuto osseo.

La loro forma è varia: a clava, a spina, a stalattite, ad ago, tondeggianti, ramificate ecc. Anche la loro grandezza è varia: da un pisello, ad una testa di feto.

Sorgono con predilezione sulle ossa lunghe, e meno frequentemente sulle ossa del torace, del bacino, della colonna vertebrale, delle mani e dei piedi. Del tutto eccezionali sono sulle ossa del cranio. Spesso sono simmetriche.

Per lo più sono multiple: ne sono state contate fino a 1000 su uno stesso individuo (Chiari).

La loro presenza può determinare un arresto parziale dello sviluppo epifisario, in seguito al quale l'osso rimane più corto, e può subire deformazioni ed incurvamenti. Per questo, nelle sezioni scheletriche ove sono due ossa lunghe in stretto rapporto (avambraccio, gamba) se una di esse è sede di esostosi ed arresta il suo sviluppo, l'altra che si accresce normalmente va soggetta a curvature forzate che potrebbero anche determinarne la frattura spontanea.

Macroscopicamente si presentano come tumori ossei a superficie spesso irregolare per la presenza di mammelloni; ed internamente, hanno l'aspetto di cartilagine negli strati superficiali, e di osso compatto o spugnoso negli strati più profondi.

Microscopicamente dimostrano la presenza di cartilagine superficialmente, che verso la profondità va man mano seriandosi e differenziandosi, fino ad essere totalmente sostituita da tessuto osseo.

La cartilagine è jalina, fornita di un pericondrio sottile costituito da tessuto connettivo a scarse cellule.

Essa, nello strato più superficiale è compatta; negli strati che vanno verso la profondità si differenzia, in modo che si possono vedere cellule cartilaginee che si dispongono in serie e che subiscono la trasformazione ossea.

L'accrescimento del tumore avviene per ossificazione encondrale da una parte, e per proliferazione della cartilagine dall'altra; di guisa-che, mentre da una parte si hanno zone nettamente ossee con osteoblasti e spazi midollari, dall'altra si hanno zone essenzialmente cartilaginee.

Naturalmente la divisione non è così netta; e si possono sempre vedere tratti in cui è evidente lo stadio iniziale della ossificazione encondrale, con cartilagine che comincia a canalizzarsi e con deposizione di calce intorno ai canali midollari primitivi.

Qualche volta l'accrescimento evolve verso la formazione di osso compatto privo di midollo e di spazi midollari, e allora si parla di esostosi eburnea.

Questo per le esostosi cartilaginee.

Ma qualche volta le esostosi sono fibrose, e provengono allora dal periostio.

L'accrescimento, in tal caso, avviene per ossificazione periostale.

Le esostosi compaiono nella prima età e vanno progredendo lentamente fino al completamento dello sviluppo dell'individuo; poi si

arrestano, e talora, anzi, regrediscono. Naturalmente la struttura varia secondo il grado di accrescimento del tumore.

Esse, qualche rara volta si accompagnano ad encondromi (Taddei-Weber-Businco ecc.); ma, a differenza di questi, è del tutto eccezionale che possano subire trasformazioni sarcomatose (Chiari-Necker ecc.).

Clinicamente si presentano come tumori duri, impiantati rigidamente sulle ossa, indolenti, a superficie spesso irregolare. Talvolta, quando sono esposte a traumi ripetuti o a continue pressioni, sulla loro superficie si può sviluppare una borsa mucosa, la quale come tutte le borse mucose può andare soggetta a infiammazioni e suppurazioni (esostosi bursate).

Se la loro base di impianto è costituita da un peduncolo, e se per una qualsiasi ragione il peduncolo si spezza, esse perdono i rapporti con l'osso, e diventano libere e mobili.

Non è però escluso che qualcuna di queste esostosi mobili, sia tale perchè impiantata nelle aponeurosi, nei tendini, nei legamenti, nei muscoli. In tal caso esse proverebbero dal tessuto connettivo delle relative parti molli per metaplasia, oppure da proliferazione di germi cartilaginei aberranti.

Se sono in vicinanza di vasi o di nervi possono dare fatti di compressione con esiti diversi. In un caso di Busi una esostosi dell'estremo sternale della prima costola aveva prodotto un edema notevole dell'arto superiore. Broca e Sourdat videro una rottura del tronco tibio-peroniero per usura da una esostosi. Mosenthin vide la formazione di un aneurisma dell'arteria poplitea per compressione di una esostosi del femore.

Inoltre possono produrre ulcerazioni cutanee, e fratture ossee patologiche.

Radiologicamente si presentano come proliferazioni ossee; sempre in vicinanza delle epifisi; con la forma descritta in precedenza; con contorno talora frastagliato ma sempre netto, con direzione che sfugge le articolazioni; a densità diversa: come quella delle ossa comuni per le zone francamente ossee, come quella delle cartilagini per le zone cartilaginee.

La densità e la forma le differenziano dai condromi periferici che sono molto più trasparenti e tondeggianti.

Spesso, insieme con le esostosi, si mettono in evidenza deformazioni delle ossa su cui esse si impiantano.

La etiologia di questa malattia è oscura. Virchow sostiene che essa è in relazione con una alterazione dello sviluppo dell'osso e quindi con la rachitide. Volkmann è della stessa opinione. Flinker, pur mettendola in rapporto con la rachitide, pensa possa dipendere da disfunzione delle ghiandole a secrezione interna. Ed in questa ipotesi è seguìto da Ritter, che però pensa ad una disfunzione della sola tiroide. Erdberg ammette dei rapporti con alterazioni aplastiche e regressive della tiroide stessa.

Alcuni autori (Petta, ecc.) avanzano l'ipotesi di una possibile relazione fra tubercolosi ed esostosi.

Altri pensano alla sifilide.

Ad ogni modo l'argomento non è ancora risoluto.

Quel che è certo, però, si è che dalla quasi totalità degli autori le esostosi multiple cartilaginee sono attribuite ad una disposizione ereditaria, in modo che più componenti di una stessa famiglia possono esserne portatori. Erdberg, citato da Kaufmann, ne vide 7 casi in una sola famiglia. Reinecke e Michaelis le hanno potute trovare in diverse generazioni; e così pure Prince, Descher, Pels-Leusden ed altri.

Nel mese di aprile 1928, all'Ospedale di S. M. della Consolazione in Roma, ebbi occasione di vedere un ragazzo tredicenne, colà ricoverato, che presentava esostosi multiple, e indagando nella anamnesi famigliare seppi che la madre e 4 fratelli viventi, oltre ad una sorella morta, avevano le stesse esostosi.

Poichè mi fu possibile osservare clinicamente anche ciascuno dei famigliari, non mi pare inopportuno riferire brevemente il quadro da essi presentato, come modesto contributo alla casistica ed allo studio clinico e anatomo-patologico di questa malattia.

CASO I. — L. A., anni 47, donna di casa. Nulla nel gentilizio. Figlia unica. Maritata con uomo sano. Ha preso latte da diverse balie. La deambulazione si è iniziata ad un anno. Dentizione normale.

Ha avuto 7 gravidanze, tutte condotte a termine con decorso normale.

Non ha mai sofferto di alcuna malattia degna di nota.

All'età di 3 anni cominciarono a comparire tumefazioni dure, con impianto sulle ossa, in varie parti del corpo. Tali tumefazioni aumentarono lentamente di volume fino allo sviluppo, epoca in cui rimasero stazionarie. Da allora non si sono più accresciute. La p. non ha avuto mai a soffrire di alcun disturbo a causa di esse.

E. O. Costituzione generale gracile. Nutrizione discreta. Nulla a carico degli organi interni. Nulla a carico della tiroide. Capelli rossi.

Scheletro. — Deformità della colonna dorsale per scoliosi con concavità volta a sinistra. Capi articolari normali. Sulla VI costola di destra, sulla linea ascellare anteriore, si nota una tumefazione,

dura, indolente, grande quanto una noce, che fa corpo con l'osso. Tumefazioni simili, di varia grandezza, si rinvengono inoltre su tutte le ossa degli arti, in vicinanza delle epifisi.

In corrispondenza dei condili esterni dei due femori esistono due tumefazioni, dure egualmente, ma discretamente mobili, leggermente dolenti, le quali alla pressione ed ai movimenti passivi dànno una netta sensazione di crepitìo. Le dita delle mani e dei piedi sono normali.

Caso II. — L. O., figlia primogenita.
È morta a 19 anni per broncopolmonite.
Aveva esostosi multiple.

Caso III. — L. O., anni 21 (seconda figlia). Allattata al seno materno. Dentizione e deambulazione normali. Mestruata a 14 anni. Le mestruazioni sono sempre state regolari.

Non ha mai avuto malattie degne di nota.

All'età di 1 anno sono comparse tumefazioni ossee multiple, che si sono accresciute lentamente fino all'età di 13 anni. Da esse non ha mai avuto a soffrire alcun fastidio.

E. O. — Costituzione gracile. Nutrizione discreta. Nulla a carico degli organi toracici e addominali. Nulla di apprezzabile obbiettivamente a carico della tiroide. Capelli rossi.

Scheletro. — Ha tumefazioni dure, indolenti, immobili, di varia grandezza, in corrispondenza delle scapole, ed in corrispondenza della VIII e IX costola a sinistra, sulla linea ascellare anteriore; e della VII e IX costola a destra, sulla stessa linea.

Tumefazioni simili presenta negli arti, tutte in vicinanza delle epifisi. Nulla sulle dita delle mani e dei piedi.

Caso IV. — L. A., anni 18 (terzo figlio).

Allattato dalla madre. Dentizione e deambulazione si svolsero normalmente. Ha avuto i comuni esantemi. Non altre malattie degne di nota. All'età di 3 anni comparvero, come per la madre e per le sorelle, tumefazioni ossee multiple.

E. O. — Costituzione gracile, del tipo longilineo. Nulla si rileva a carico degli organi interni e della tiroide. Capelli rossi.

Scheletro. — Non segni di rachitide.

Tumefazioni dure, indolenti, immobili, di varia grandezza, sulle scapole; sulla IV costola destra in corrispondenza della parasternale, sulla IX e X costola destra, in corrispondenza della emiclaveare; sulla III costola sinistra, lungo l'emiclaveare e sulla IX costola sinistra, lungo la ascellare anteriore.

Inoltre tumefazioni simili si notano presso la estremità sternale della clavicola sinistra, e presso l'estremità acromiale della clavicola destra.

Gli arti, sempre in corrispondenza delle epifisi, sono sede di numerose altre tumefazioni simili alle precedenti.

Sulla regione del collo chirurgico dell'omero sinistro esiste una tumefazione simile alle precedenti, di consistenza però minore, spostabile, discretamente dolente, che non ha rapporti con l'osso.

Nulla a carico delle dita.

Caso V. — L. V., anni 15 (quarto figlio).

Allattamento materno. Dentizione normale. Deambulazione tardiva.

Non ha avuto sviluppo dell'intelligenza.

Ha sofferto, nell'infanzia, dei comuni esantemi e di broncopolmonite. Non altre malattie.

E. O. — Costituzione gracile. Nutrizione scaduta. *Deficit* psichico notevole. Capelli castani.

Nulla a carico degli organi interni e della tiroide.

Scheletro. — Nessun segno di rachitide.

Tumefazioni ossee simili a quelle dei fratelli si notano sulle scapole, e sulla V costola destra sulla linea ascellare anteriore.

Gli arti presso le articolazioni, presentano numerose altre esostosi, indolenti, non spostabili.

Nulla a carico delle dita.

Caso VI. — L. R., anni 14 (quinto figlio).

Allattamento materno. Dentizione e deambulazione svolte normalmente. Ha avuto i comuni esantemi dell'infanzia. A 8 anni ebbe pertosse. Poco dopo ebbe accessi convulsivi epilettiformi. Da allora, di tanto in tanto viene preso da convulsioni a carattere epilettico.

E. O. — Costituzione gracile. Nutrizione discreta. Intelligenza normalmente sviluppata. Capelli castani

Nulla a carico degli organi interni e della tiroide.

Scheletro. — Leggera scoliosi con concavità volta a sinistra. Sulla XII vertebra dorsale in corrispondenza dell'apofisi spinosa, si nota una tumefazione sporgente, grande quanto una noce, dura, indolente, non spostabile.

Tumefazioni simili sono sulle scapole, lungo la spina, e lungo il margine esterno.

Inoltre si notano sulla VI e VII costola sinistra sulla linea ascellare anteriore; e sulla VII costola destra, lungo la linea stessa. Le clavicole, presso i loro estremi acromiali ne presentano ugualmente.

Gli arti, sempre in vicinanza delle epifisi, sono ricchi di tali tumefazioni. Nulla a carico delle dita.

Caso VII. — L. P., anni 13 (ultimo genito).

Allattato al seno materno. La dentizione si svolse regolarmente. A 10 mesi ebbe a soffrire del morbo di Little, in seguito al quale la deambulazione si stabilì tardivamente ed è sempre stata stentata. Ha avuto i comuni esantemi.

A 6 anni ebbe empiema a sinistra, per cui fu operato. Poi è stato sempre bene.

L'intelligenza non si è sviluppata

Viene ricoverato perchè i genitori desiderano gli sia asportata una esostosi che ha sulla parete anteriore dell'emitorace sinistro.

E. O. — Costituzione gracile. Nutrizione discreta. Evidente *deficit* mentale. Non sa leggere; dice poche parole e le pronunzia male. Capelli rossi. Cute e mucose bene sanguificate. Pannicolo adiposo normalmente sviluppato. Micropoliadenia biinguinale.

Apparato respiratorio, cicatrice operatoria alla base dell'emitorace sinistro, due dita sotto l'angolo inferiore della scapola. Fremito vocale tattile conservato su tutto l'àmbito. Apici in sede. Base destra in sede, mobile. Base sinistra un po' rialzata e poco mobile. All'ascoltazione: murmure vescicolare normale su tutto l'àmbito, tranne sulla base sinistra, dove è affievolito ed accompagnato da qualche rumore di sfregamento.

Apparato circolatorio: cuore nei limiti normali. Azione ritmica. Toni netti. Nulla a carico dei vasi periferici.

Addome ed organi ipocondriaci: nulla di notevole.

Sistema nervoso: nulla a carico dei nervi cranici e degli arti superiori.

Gli arti inferiori sono tenuti in posizione di leggera flessione delle gambe sulle coscie. Le masse muscolari presentano una modica ipertonia. I movimenti passivi offrono una certa resistenza.

FIG. 1.

I movimenti attivi sono tutti ampiamente possibili, sebbene con una certa lentezza. Non atassia statica, nè dinamica.

Riflessi rotulei presenti e vivaci bilateralmente.

Riflessi achillei presenti e normali. Alluce-plantare bilaterale. Babinski assente.

Clono del piede bilateralmente. Accenno al clono della rotula.

Riflessi cremasterici, addominali, e degli arti superiori, presenti e normali.

Le pupille reagiscono bene alla luce e alla accomodazione.

Andatura spastica.

Sensibilità normale.

Sistema scheletrico. Leggera scoliosi lombare con concavità rivolta a sinistra.

Nulla a carico delle ossa craniche.

Scapola destra: lungo il margine interno si notano tre piccole tumefazioni, dure, indolenti, non spostabili.

Scapola sinistra: tumefazioni simili si rinvengono sulla fossa sopraspinosa e sul margine interno.

Costole: sulla III costola sinistra, in corrispondenza dell'emiclaveare, esiste una tumefazione simile alle precedenti, a superficie bernoccoluta, della grandezza di un mandarino, dura, indolente, ad impianto rigido sull'osso sottostante.

I tessuti soprastanti sono normali, sebbene la cute sia leggermente arrossata, e si spostano bene sulla superficie del tumore.

Sulla V costola destra altra tumefazione, sulla linea ascellare anteriore, grande quanto una nocciola; ed un'altra ancora si rinviene sulla X costola destra, lungo la linea ascellare media.

Tumefazioni con caratteri del tutto simili alle precedenti si trovano in vicinanza del collo chirurgico dell'omero sinistro; presso le estremità inferiori dei due omeri; presso i condili dei due femori; sugli estremi superiori delle tibie; al di sopra dei malleoli.

Inoltre, quasi tutte le ossa metacarpali e le falangi sono cosparse di piccole tumefazioni aventi gli stessi caratteri.

L'esame delle orine non rivela nulla di anormale. La reazione di Wassermann è negativa.

Lo studio radiologico degli organi toracici mette in evidenza: ili ingrossati e complesso primario a sinistra, oltre ad opacamento del seno costodiaframmatico sinistro.

La radioscopia e le radiografie di vari segmenti scheletrici dimostrano che le tumefazioni clinicamente notate hanno i caratteri delle esostosi cartilaginee: produzioni, cioè, che fanno corpo con l'osso e sono iuxtaepifisarie; a margini talora regolari e talora frastagliati; di forma diversa (qualche volta stalattiformi o aghiformi); con direzione che sfugge le articolazioni; con tratti di densità simile a quella dell'osso, e tratti più trasparenti dovuti a cartilagine (vedi fig. 1 e 2).

FIG. 2.

Il paziente viene da me sottoposto ad intervento chirurgico il 10 maggio 1928: ed in narcosi eterea, gli viene asportato il tumore che si impianta sulla III costola sinistra, resecandolo sul peduncolo. La ferita operatoria guarisce per prima intenzione.

Fig. 3. — La figura mostra il tumore asportato a L. P., visto dalla faccia anteriore.

Fig. 4. — Lo stesso visto dalla faccia posteriore. È visibile il peduncolo resecato, che sulla superficie di taglio ha l'apparenza di osso spugnoso.

Il tumore si presenta bernoccoluto in tutta la sua superficie, ed è di aspetto grigio lucente. La sua forma è irregolarmente ovalare. Misura cm. 7 di lunghezza, cm. 5 di larghezza, cm. 3,5 nel punto di massimo spessore (vedi fig. 3).

Nella faccia posteriore si nota un peduncolo che ha aspetto di osso spugnoso, e che misura cm. 2 per cm. 1,5 (vedi fig. 4).

Macroscopicamente si presenta come rivestito da una cuticola grigia-lucente, sulla quale decorrono vasi in discreto numero; al di sotto di essa, dopo uno strato di aspetto cartilagineo, assume forma

ed aspetto di osso spugnoso. Microscopicamente, le sezioni di un segmento interessante un cuneo della esostosi decalcificata con acido nitrico e floroglucina, con colorazione di ematossilina-eosina, dimostrano la seguente struttura, procedendo dalla superficie verso la profondità.

Un rivestimento connettivale fibroso compatto, povero di elementi cellulari, scarsamente vascolarizzato, dello spessore di circa 1/4 di mm. che riveste a guisa di pericondrio uno strato di cartilagine jalina dello spessore di circa 1/2 cm. Le cellule cartilaginee, stipate nella parte più esterna, assumono nelle parti più profonde una disposizione seriale abbastanza regolare.

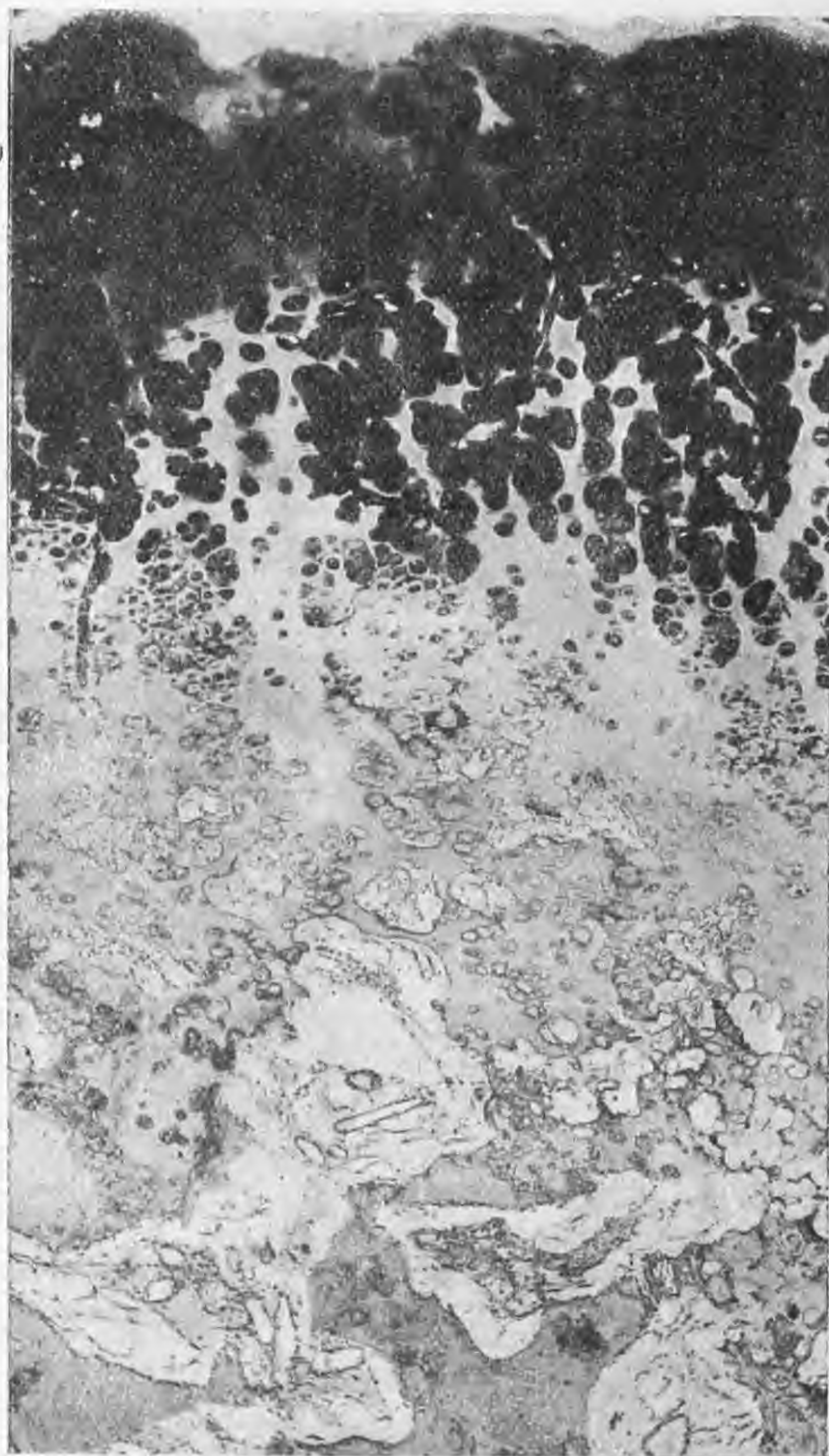



FIG. 5. — In alto, appena visibile, è il pericondrio che è costituito da uno strato sottilissimo. Subito al di sotto, si vede la cartilagine, prima compatta, poi nettamente seriata. In basso, trabecole ossee e spazi midollari.

Procedendo in profondità, lo strato cartilagineo, da continuo che era acquista un aspetto trabecolare.

In questa porzjone trabecolare che si continua con trabecole ossee, come quelle della sostanza spugnosa, si assiste alla progressiva trasformazione delle cellule cartiliginee in corpuscoli ossei, e della sostanza cartilaginea jalina in sostanza ossea. Fra le trabecole è un abbondante tessuto adiposo riccamente vascolarizzato, con scarse e piccole isole di tessuto midollare (vedi fig. 5).

I casi su riferiti, per il lungo decorso, e per l'assenza di ogni disturbo dimostrano la benignità delle esostosi cartilaginee, e la nessuna tendenza che esse hanno alla trasformazione sarcomatosa.

In due soggetti (I-IV) furono trovati tumori mobili e leggermente dolenti.

Essi sono da considerarsi come esostosi peduncolate che abbiano perduto i rapporti con l'osso, per rottura del peduncolo; oppure, forse più verosimilmente, come esostosi fibrose mobili, di origine periostale.

Lo studio istologico del tumore asportato dimostra che le esostosi hanno origine da cartilagine, poichè nello stesso preparato è possibile seguire la proliferazione di questa, e la successiva sua trasformazione in sostanza ossea.

I casi suddetti, inoltre, dimostrano che la malattia costituisce una entità morbosa spesso ereditaria. Circa la correlazione con altre malattie nulla può dirsi, eccettuata, in tre casi (V-VI-VII), la coesistenza di mali nervosi e mentali.

La tubercolosi e la sifilide sono escluse in ogni individuo osservato; e così pure la rachitide.

Singolare la constatazione che 4 dei 6 soggetti studiati, presentavano capelli rossi; osservazione, questa, già fatta da Weber.

La tiroide, sebbene non siano state eseguite prove funzionali, si è sempre dimostrata normale all'esame obbiettivo.

Comunque, escluse cause traumatiche e infiammatorie acute e croniche, è da ritenere che la malattia sia in rapporto ad un fattore ereditario endocrinopatico.

All'illustre prof. Nazari che mi fu largo di preziosi suggerimenti nella interpretazione dei preparati istologici, i miei sentiti ringraziamenti.

RIASSUNTO.

L'A. espone i rilievi clinici, radiologici ed anatomo-patologici da lui fatti, studiando sei soggetti portatori di esostosi multiple cartilaginee, tutti appartenenti alla stessa famiglia. Conclude confermando che la malattia è benigna, in molti casi è ereditaria, ed è dovuta ad un fattore congenito ignoto, ma probabilmente di natura endocrina.

BIBLIOGRAFIA.

1) BORST. *Die Lehre von den Geschwülsten*, pagina 148

2) BUSI. *Edema di un arto superiore da esostosi della 1ª costola.* Giornale di Clinica Medica, 1920.

3) BUSINCO. *Esostosi cartilaginee multiple ed encodromi.* La Radiologia Medica, vol. VI, 1924.
4) BROCA e SOURDAT. *Ulcération de l'artère péronière pour une exostose ostéogénique du tibia.* Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XXXVIII, n. 5-n. 6, 1912.
5) BROCA. *Chirurgie infantile.* Masson, édit., 1908.
6) CHIARI. Citato da KAUFMANN.
7) DELLA VEDOVA. *Per la genesi dell'esostosi borsata.* Policlinico, Sez. chirurgica, 1905.
8) ERDBERG. Citato da KAUFMANN.
9) FLINCKER. *Zur Lehre der Exost. Kart.* Wien Med. Woch., 1909.
10) JONES. *Esostosi multiple in 5 bambini della stessa famiglia.* Società di Pediatria di Filadelfia, 14-3-1908.
11) KAUFMANN. *Trattato di Anatomia Patologica speciale.* Vallardi, 1926.
12) MARRO. *Esostosi cartilaginee.* Archivio di ortopedia, 1903.
13) MARSIGLIA. *Sull'etiopatogenesi delle esostosi.* Bollettino delle cliniche, 1920.
14) MOSENTHIN. *Complicazioni rare delle esostosi di crescenza multiple.* Deut. zeitschr. f. cir., t. c. XXVIII, f. 3-4, aprile 1914.
15) MÜLLER. Citato da KAUFMANN.
16) NECKER. Wien. Klin. Woch., 1907.
17) OCHSNER. *Exostosis multiplae.* Annals of Surgery, 1907.
18) PELS-LEUSDEN. *Klinische Pathol. und Radiol. studien über Exost.* Deut. Zeitsch. f. Chir., Bd. 86.
19) PETTA. *Tre casi di esostosi multiple. Policlin.*, Sez. Chir., 1929.
20) REINECKE. *Ueber die Erblichkeit der Exost. Mult.* V. Bruns Beitr., 7.
21) RITTER. *Ueber die Beziehung Zwischen Exost. und Schilddruse.* Med. Klin., 1908.
22) TEISSER. *Esostosi osteogeniche ereditarie.* Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1908.
23) TUFFIER. *Exost. ostéogéniq. très multipliées, héréditaires et famil.* Archives de Médicine des enfant, vol. XIV, 1911.
24) ZEPPONI. *Esostosi multiple da accrescimento.* Radiologia Medica, 1918.
25) WEBER. *Die Knochengeschwülste des Ench. in Bezug auf deren hered. Vork.* Virchows Archiv., 35.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La testa di Medusa capillare dorsale.

(CORDIER. *Jour. de Méd. de Lyon*, n. 211, 1928).

Quando si studia la cute della nuca e del dorso di un tubercoloso che sia malato da lungo tempo, spesso si notano dei fasci di capillari dilatati alla superficie, simili alle varicosità capillari che si notano sul naso e sulle gote dei cirrotici. L'A. ha studiato a lungo questo piccolo segno che secondo lui ha una discreta importanza diagnostica e prognostica.

Queste varici capillari hanno spesso una lunghezza di 7-8 millimetri. Il loro punto di emergenza è talora quasi invisibile, talora è netto e ben marcato. Talora si notano due o tre di queste capillari e ciò ha poco valore, tale altra volta invece si radunano a formare delle vere teste di Medusa che giungono fino alle dimensioni di una moneta da un franco. Come sede le più tipiche circondano come un'aureola il rilievo apofisario, talora si estendono su tutta la fossa sopraspinosa. Vere teleangiectasie sono rare, la vitropressione anemizza questi capillari.

Raramente queste ectasie capillari dorsali coesistono con le ectasie capillari del volto che l'A. ha studiato nei cirrotici. Raro anche è il rintracciare fatti simili in altre zone del torace ma l'A. ne notò a forma di cintura seguente esattamente il bordo costale, e potè verificare varie volte che questo fenomeno si osserva in antichi tubercolosi fibrosi presentanti delle sinfisi basali. Nei casi in cui esisteva la testa di Medusa dorsale, studiando i capillari ungueali col metodo di Leriche e Policard, potè dimostrare che si trattava di un fenomeno anatomico puramente locale, e non già di una affezione generalizzata dei capillari. Anche la tensione arteriosa si mostrò normale nei casi studiati. Molto interessante è invece il vedere in quale forme di tubercolosi il fenomeno si manifesti: da queste indagini risulta che questo piccolo segno indica solo che in una data più o meno lontana vi è stato un processo anatomico polmonare di carattere fibroso, ma evolutivo; esso ha dato luogo a quel tipo anatomico così speciale della fibro-caseosi localizzata che crea dei larghi fiocchi (per così dire) istologici e anche macroscopici di tessuto fibroso, che inglobano dei noduli cretacei, o dei focolai di caseosi. Queste zone fibrose sono collegate a una sinfisi pleurica, spessa, riccamente vascolarizzata e pigmentata.

Questo tipo anatomico di fibro-caseosi non ha una autonomia sufficente perchè si isoli un quadro clinico, ma è assai importante, perchè se la sclerosi è la buona cicatrice, questa fibrosi è la cattiva, la falsa, la pericolosa: presto o tardi essa proseguirà il suo corso sotto delle maschere diverse.

Ogni volta che si constatano quindi delle capillarità ectasiche si deve ritenere che vi sia al disotto un focolaio fibro-caseoso a tendenza evolutiva che si sveglierà presto o tardi.

Dopo alcune discussioni sulla natura e patogenesi del fenomeno che a dir vero sono del tutto incerte, l'A. viene a queste conclusioni:

1) Presso un qualunque malato che clinicamente non sia tubercoloso, la presenza della testa di Medusa dorsale permette di affermare la esistenza di una lesione fibro-caseosa apicale, con sinfisi, evolutiva o non, più o meno antica, con tendenza facile al risveglio evolutivo;

2) In un tubercoloso giovane, in evoluzione, il segno permette di affermare la preesistenza di lesioni fibro-caseose antiche, e di ritenere che l'episodio che appare iniziale, non è invece che il risveglio di un vecchio focolaio con sinfisi;

3) In un tubercolotico ad evoluzione subacuta il segno di Medusa permette di pensare a una lesione fibro-caseosa lenta ma tendente ad una evoluzione poco favorevole;

4) In un tubercolotico che richiede un pneumotorace il segno fa supporre un ostacolo sinfisario e rende probabile un'aderenza apicale. L. TONELLI.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

I fattori costituzionali della sterilità.

(S. R. MEAKER. *Journal American Medical Association*, 4 maggio 1929).

Perchè un matrimonio sia fecondo occorre che la fertilità di ambo i coniugi raggiunga un certo limite; quando la fertilità di ambedue è bassa la coppia può rimanere sterile, anche quando ciascuno di essi è fecondo con l'accoppiamento con altro individuo ad alta fecondità.

La relatività della fertilità è più un attributo delle cellule sessuali, che il risultato di condizioni delle vie genitali. Una notevole quantità di fattori possono influire sulle gonadi abbassando il grado di fecondità delle uova o degli spermatozoi.

Alcuni di questi fattori sono locali, come l'ipoplasia ovarica con uova immature di bassa fertilità, la congestione passiva cronica delle ovaia con oogenesi scarsa, l'esaurimento della spermatogenesi in seguito ad eccessi sessuali o all'azione dei raggi X e forse anche l'ipoplasia dei tubuli seminiferi.

Ma la maggior parte dei fattori determinanti la riduzione della fertilità sono costituzionali: le cellule sessuali sono così delicate che risentono subito ogni modificazione depressiva generale dell'organismo. Ciò è facilmente controllabile con la determinazione del numero, della motilità, della forma e della resistenza degli spermatozoi.

Gli stati costituzionali che riducono la fertilità possono riunirsi in quattro gruppi che per ordine di importanza sono: i disordini endocrini, le intossicazioni croniche, i difetti del metabolismo di origine esogena, e le condizioni di deperimento generale.

Tra i disordini endocrini che in ambo i sessi possono abbassare la fecondità vanno annoverati in primo luogo quelli dell'ipofisi, seguono quelli della tiroide. Meno comuni sono le endocrinopatie primitive ovariche e testicolari dell'età adulta.

Tra le intossicazioni croniche le più importanti al riguardo sono quelle dipendenti da focolai infettivi cronici (non escluse le tonsilliti e le carie dentarie), la cui influenza deprimente sulle funzioni vitali è dimostrata dal fatto che in esse il metabolismo basale è spesso subnormale.

Con lo stesso meccanismo agiscono le intossicazioni dipendenti da disturbi gastro-intestinali, quelle da morfina, da alcool, da piombo ed infine la sifilide.

I difetti metabolici di origine esogena sono dipendenti da errori dietetici e da mancanza di moto. Si può avere così sterilità non solo per deficienza nell'alimentazione di proteine, sali minerali e vitamine, ma anche per eccesso nella quantità totale degli alimenti. In effetti nell'obesità sono molto comuni l'amenorrea e la sterilità dipendenti da alterazione del metabolismo.

La bassa fertilità infine si riscontra in individui indeboliti per eccesso di lavoro fisico e mentale e negli anemici anche di grado non grave.

L'A. illustra 25 casi di sterilità studiati da tutti i punti di vista, sia in rapporto alle cause locali come dei fattori costituzionali sopra enunciati.

L'analisi di tutte le alterazioni riscontrate porta alla conclusione che la sterilità di solito è il prodotto di cause molteplici più che di un solo disordine.

Nella grande maggioranza dei casi la responsabilità dell'infecondità spetta al maschio.

I fattori costituzionali che deprimono la fertilità di uno o di ambo i coniugi sono presenti in una larga proporzione di casi.

Nel maschio i fattori costituzionali agiscono più frequentemente che quelli locali.

In conseguenza il trattamento della sterilità richiede che siano presi in considerazione oltre i fatti ginecologici e urologici, anche i disordini generali. DR.

Le artriti del puerperio.

(HÉBERT. *Le Bull. Méd.*, n. 2, 1929).

Bégouin affermò alla fine del secolo passato l'origine gonococcica della pluralità delle artriti puerperali. Recentemente questi studi sono stati ripresi e confermati dall'A. L'etiologia di queste forme ci insegna che il 25 % delle donne gestanti sono portatrici di gonococchi. Sopra 600 parti (Bégouin) o su 400 (Fresney) si trova una artrite, ciò che porta ad una per-

centuale di artriti nel 2 % delle donne gestanti e blenorragiche: si ha cioè una percentuale lievemente più alta che al di fuori della gravidanza.

Pasturel (1904) indicò come artriti puerperali le sole artriti che si verificano nel corso di una infezione puerperale, e che sono per lo più dovute allo streptococco.

Delmas e Roger (1908) attribuirono le artriti della gravidanza al gonococco, e quelle del puerperio allo streptococco, ma ciò è troppo assoluto. Anche clinicamente vi sono varie discussioni; Fournier descrisse le seguenti forme: idrartro, forme pseudoflemmonose, monoartrite acuta, poliartrite, f. croniche d'*emblée*. Secondo Mondor la vera forma gonococcica è la forma acuta chirurgica, monoartrite acuta.

L'inizio è spesso insidioso, con dolori multipli, poca febbre, talora perfino una lieve angina (!), dopo tre o quattro giorni si ha la localizzazione monoarticolare. Qualche volta invece l'inizio è più acuto e brutale e si ha un aspetto che ricorda l'artrite purulenta streptococcica.

Sono state descritte varie forme: la monoarticolare è la classica e ben nota, su cui non occorre ritornare. Vi è poi la monoarticolare con versamento che è meno conosciuta. È stata descritta una forma poliarticolare e, di recente, si è isolata l'artrite che si accompagna con setticemia gonococcica.

Un'altra specie caratteristica è l'artrite del bacino; essa non è quasi mai suppurata, ma lascia con frequenza delle sequele dolorose dopo il parto. Mentre quest'ultima è relativamente benigna, la coxite è di una notevole gravità, sia perchè assume spesso il tipo pseudoflemmonoso, sia perchè di diagnosi assai difficile. Infatti il suo inizio è insidioso, preceduto talora da una fase di setticemia o di poliartrite, l'edema associato della coscia fa pensare a una flebite, e in un caso citato da Mondor l'artrite non fu riconosciuta che alla fine di sei mesi di immobilizzazione durante i quali si erano prodotte delle gravi lesioni ossee.

L'altra varietà di artrite del puerperio è la streptococcica. Essa è sempre del tipo suppurato ed evolve verso l'apertura spontanea. Contrariamente alla forma gonococcica, nelle streptococciche il dolore è meno vivo, l'impotenza funzionale è molto più grave, e la cultura del pus articolare mette in evidenza lo streptococco. La prognosi è sempre gravissima.

Circa la diagnosi delle artriti del puerperio non occorre dire altro che è necessario pensare sempre al gonococco e ricordarsi della sua frequenza nella donna gestante. Sopratutto si sia cauti nella diagnosi di flebite e di flemmone e si pensi sempre prima alla possibilità di una artrite e si tenti l'esame batteriologico.

Circa la cura delle artriti del puerperio non vi è nulla di speciale. Non vi è neppure necessità di intervento ostetrico poichè non si dovrà mai interrompere la gravidanza. Nelle forme streptococciche la cura è essenzialmente chirurgica: artrotomia ampia. Per la forma da gonococco, nella varietà monoarticolare l'A. consiglia la artrotomia con o senza lavaggio al siero antigonococcico. Ciò eviterebbe nella grande maggioranza dei casi la anchilosi. Nelle forme di poliartrite o con setticemia si ricorrerà al siero antigonococcico sebbene di valore non certo. L. TONELLI.

ORGANI DIGERENTI.

Le neurosi intestinali.

(W. ZWEIG. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13 settembre 1929).

I progressi dell'indagine clinica hanno consentito di ben definire e diagnosticare le affezioni intestinali dipendenti da squilibri funzionali nervosi.

Queste affezioni sono legate etiologicamente ad anomalie costituzionali, a disordini endocrini, a disturbi dell'apparato nervoso proprio dell'intestino, a traumi psichici.

Le anomalie costituzionali ripetono la loro origine in una minorazione innata degli organi. In questi casi i disturbi nervosi compaiono con la pubertà, in seguito ad eccessivo affaticamento fisico o mentale o a conflitti psichici. Cominciano allora i disordini dell'appetito, la tendenza alla stipsi, i sintomi della ptosi degli organi interni, la facile stanchezza, la svogliatezza, l'insonnia ed altri disturbi nervosi. Nel tipo astenico ben caratterizzato dall'altezza della taglia, dalla lunghezza del collo e del torace si trovano anche alterazioni anatomiche, tra le quali la ptosi degli organi addominali e pelvici.

Come esempi di disturbi nervosi intestinali dipendenti da disfunzione dell'apparato endocrino sono dimostrativi la tendenza alla diarrea nel morbo di Basedow e la grave stipsi dell'ipofunzione tiroidea (mixedema) che vien corretta solo dalla somministrazione di estratti tiroidei. Anche la disfunzione dell'ipofisi e dell'ovaio possono provocare disturbi intestinali funzionali. Spesso la scomparsa della mestruazione è annunziata da un peggioramento della stipsi, ed il principio di una mestruazione da un'improvvisa diarrea.

Ancora più importanti sono le neurosi dipendenti da disturbi propri dell'apparato nervoso dell'intestino. Questo è fornito da una ricca innervazione motoria, sensitiva e secretoria (vago, splancnico, simpatico, centri autonomi nei plessi di Auerbach e di Meissner). I disturbi inerenti all'alterazione delle varie parti di questo apparato sono molto complicati e non molto chiari. La sottile distinzione in vagotonici e simpaticotonici è tutt'altro che netta, poichè i disturbi funzionali che seguono ad affezioni del vago o del simpatico non sono

spiccatamente riferibili o all'uno o all'altro sistema.

Una causa frequente di neurosi intestinale è data da traumi psichici di varia specie, ai conflitti spirituali alla cui base si trovano elementi sessuali. Gli stati ansiosi, le fobie, come la paura del carcinoma, possono determinare abnormi attività della funzione intestinale con diarrea o stipsi.

I disturbi nervosi funzionali dell'intestino dipendono da un indebolimento o da un rafforzamento degli impulsi nervosi, e possono essere relativi alla funzione motoria, secretoria e sensitiva.

A) *Neurosi motorie.*

a) *aumento della motilità.*

1. *diarrea nervosa;*
2. *colo- e proctospasmo.*

b) *diminuzione della motilità.*

1. *atonia del colon;*
2. *atonia del retto.*

B) *Neurosi secretorie.*

a) *colica mucosa;*
b) *diarrea nervosa.*

C) *Neurosi sensitive, dolori intestinali.*

La *diarrea nervosa* è data non solo da aumento della peristalsi ma anche dall'aumento di secrezione versata nel lume intestinale. Essa può dipendere da fatti centrali, cerebrali, agenti sul vago e sul simpatico. Essa si riscontra in seguito a traumi psichici, di cui la psicanalisi ha rilevata e precisata l'importanza. Appartengono a questa categoria le ben note diarree collettive e individuali da paura.

Non di rado una pura diarrea nervosa, quando duri a lungo, può dare sviluppo ad un catarro intestinale cronico, così che in un certo momento i fatti organici e funzionali si trovano combinati in modo che riesce difficile precisare quale sia l'elemento iniziale.

La diarrea gastrogena come conseguenza di alterazioni della secrezione dello stomaco, come la diarrea per dispepsia putrida o fermentativa intestinale, per disturbi della secrezione pancreatica (achilia pancreatica), per tubercolosi iniziale dell'intestino, possono essere confuse con la diarrea nervosa.

In molti casi di diarrea nervosa si trova un aumento della transudazione dai vasi nel lume intestinale e malgrado la scarsa ingestione di liquidi si ha una emissione sorprendente di materiale liquido. Il transudato, d'altra parte, costituisce il terreno per putrefazioni abnormi i cui prodotti provocano il catarro.

Allo stesso gruppo appartengono le diarree anafilattiche che si verificano dopo l'ingestione di determinati alimenti. Anche il raffreddamento ed il bagno possono aumentare la peristalsi e il trasudamento nel lume intestinale e così provocare una diarrea nervosa.

La diagnosi si fa in base all'esclusione di altre cause ed alla eventuale presenza di altri disordini neuropsichici. Il numero delle defecazioni è sempre alto, 8-10 volte e anche più, e di notte i pazienti sono disturbati da defecazioni acquose ed inodori.

La terapia deve essere indirizzata alla cura dello stato neuropsichico eventualmente anche con la psicanalisi. Le misure dietetiche sono sempre senz'effetto. Meglio riescono le spugnature, le doccie, i semicupi di acqua fredda (15°-18°). Le cure nelle stazioni idroterapiche sono controindicate, giovano di più la montagna ed il mare. L'oppio è pericoloso nelle mani dei neurotici, il tannino ed il bismuto sono inefficaci. Meglio rispondono i bromici ed eventualmente piccole dosi di adalina o luminal.

Il *colo-* e *proctospasmo* sono determinati da contratture spastiche del sigma, del colon trasverso, del cieco. Essa può anche dipendere da malattie organiche. In effetti la stipsi spastica si riscontra nella calcolosi epatica, nell'elmintiasi intestinale, nelle affezioni infiammatorie della mucosa intestinale (colite, sigmoidite, emorroidi).

Il colospasmo provoca una sensazione di stiramento e di dolore nel quadrante inferiore sinistro dell'addome e spesso anche nella regione cecale, borborigmi, emissione di gas. Spesso le parti intestinali in spasmo sono spontaneamente insensibili e dolenti alla pressione. Non di rado acquistano la forma e la consistenza di un tumore vermiforme che conduce allo scambio diagnostico con il cancro. Immediatamente dopo una defecazione si riforma la contrazione spastica del sigma. Il colospasmo non ha nulla a che fare con la stipsi, esso si riscontra anche in individui con diarrea cronica. L'aspetto delle feci non ha nulla di caratteristico, solo nel proctospasmo si presentano in lunghe e sottili scibale.

La terapia deve essere indirizzata a rimuovere la causa dello spasmo. Quando esso è secondario si curerà la colite o la sigmoidite. Eventualmente si curerà lo stato neuropsichico. A differenza della forma precedente il colo- e proctospasmo richiedono le applicazioni calde (bagni caldi, termoforo, diatermia e simili). I massaggi e l'elettricità sono inefficaci. Il medicamento più sicuro è l'atropina.

L'*atonia del colon* dà una stipsi cronica funzionale che nella maggior parte dei casi dipende da influenze centrifughe. A questo gruppo appartengono le stipsi che si riscontrano nella malinconia ed alle altre psicosi depressive, all'isteria, alla neurastenia, nonchè le forme emotive.

L'*atonia del retto* è più rara. Il retto è innervato dal pelvico che è un ramo del vago e che ha grande importanza nel regolare la defecazione. Per l'abbassamento del suo tono

si ha una stipsi esclusivamente dipendente da riduzione della motilità del retto. In tali casi il processo digestivo si svolge normalmente fino al retto e solo qui si ha l'arresto della espulsione delle feci. Questi casi sono anche indicati come stipsi proctogena o dischezia. Spesso essa produce una proctite con atrofia della mucosa.

La diagnosi della paresi del retto si fa mediante l'esplorazione digitale che fa apprezzare l'accumulo di feci nel retto e la dilatazione dell'ampolla rettale. I pazienti accusano una sensazione di peso e di corpi estranei nel retto, dolori che si diffondono alle coscie ed alle gambe, mancanza di stimolo alla defecazione, stipsi ostinata. Il reperto radiologico è caratteristico: dopo 24 ore tutto l'intestino è libero dal bario, che trovasi tutto accumulato nel retto.

La cura consiste nell'asportazione dei tumori fecali. Questi si rammolliscono con un clistere di olio e poi vengono eliminati con un clistere di acqua. Ogni medicamento è inefficace. In qualche caso giova la faradizzazione del retto praticata con elettrodo adatto.

La *colica mucosa* costituisce un quadro clinico caratterizzato da emissione accessionale di grosse masse di muco a forma di membrana o di tubo senza apprezzabili alterazioni anatomiche della mucosa intestinale. Questa emissione di muco è il prodotto di una neurosi secretoria e non ha nulla a che fare con il catarro intestinale. La forma delle membrane dipende dalla contrazione spastica dell'intestino. I pazienti presentano sintomi obbiettivi di isteria o di neurastenia. Detta forma è indicata anche come mixoneurosi intestinale.

I pazienti accusano accessi di stiramento, borborigmi, pienezza con emissione di grandi quantità di muco misto o non a feci. Dopo l'accesso si ha ritorno allo stato di benessere. L'accesso dura una o due ore e si ripete con varia frequenza, a giorni o settimane alterni. Le pause possono durare anche mesi. La diagnosi si basa oltre che su i disturbi accusati, sull'esame delle feci e sulla presenza di sintomi concomitanti di neurosi.

Per curare l'accesso si adoperano applicazioni calde, e iniezioni di atropina, eventualmente anche di morfina. La stipsi che si ha spesso durante l'accalmia si corregge con la somministrazione di magnesia e rabarbaro. Talvolta la colica mucosa è accompagnata da colite che richiede il trattamento adatto.

La *diarrea nervosa* si ricollega alle neurosi motorie, e si distingue da queste per il solo fatto che l'aumento della secrezione intestinale domina il quadro più che l'aumento della peristalsi. La sintomatologia e la terapia sono analoghe a quelle delle altre forme diarroiche nervose.

Dr.

Sulle tumefazioni endoaddominali che causano un allargamento della curva del duodeno.

(C. E. Bird. *Ann. of Surgery*, genn. 1929).

Un ingrandimento dell'arco duodenale dovrebbe essere considerato un segno importante nella diagnosi di tumori fissi posti nella regione della testa del pancreas.

Però le lesioni proprie del pancreas, non sono fra le cause più frequenti di questa deformità, la quale, benchè possa essere prodotta anche da una cisti pancreatica di grosso volume o essere associata a una pancreatite, pure raramente si rinviene in connessione con un carcinoma della testa perchè questo raramente raggiunge un volume sufficente.

Generalmente i carcinomi causano soltanto delle irregolarità nel contorno dell'ansa duodenale, come si vede mettendo in evidenza il duodeno con il bario.

L'allargamento è causato più frequentemente da un processo patologico a carico delle linfoglandole retroperitoneali: linfosarcoma, morbo di Hodgkin, metastasi cancerigne, tubercolosi. Queste lesioni si presentano come grosse masse facilmente palpabili, senza ittero, proprio l'opposto di quello che avviene nei carcinomi della testa pancreatica.

In base a questo criterio l'A. ritiene opportuno, quando sia dubbia la natura di una tumefazione palpabile fissa, che allarga l'ansa duodenale, anche in presenza di ittero, o di stenosi pilorica, di sottoporre anche a scopo diagnostico il malato a sedute di Röntgenterapia poichè i processi morbosi che producono questa deformazione duodenale ne sono favorevolmente influenzati.

M. Ascoli.

Cause di morte nell'ostruzione intestinale acuta.

(Gatch, Trusler, Ayre. *Surg. Gynec. Obst.*, marzo 1928).

Gli AA. dividono le ostruzioni intestinali acute in 2 classi: quelle senza gangrena (semplici), quelle con gangrena (strozzate).

Della prima classe di ostruzioni, la morte è dovuta alla disidratazione, alla perdita di cloruri e alla ischemia, nella seconda la morte avviene per tossiemia. La differenza è dovuta al fatto che la mucosa normale dell'intestino non è permeabile alle tossine, mentre lo diviene nelle condizioni speciali create dallo strozzamento: inoltre l'ansa occlusa rappresenta un terreno ideale per una rapida proliferazione di batteri patogeni.

La terapia varia naturalmente anch'essa da caso a caso: nelle occlusioni semplici l'operazione deve essere preceduta da somministra-

zione di zucchero, cloruri e acqua; nelle occlusioni gangrenose, o c'è peritonite e allora ogni cura è inutile, o la peritonite manca e allora l'intervento va sempre tentato, facendolo magari precedere da iniezione endovenosa di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

L'anestesia locale è da preferirsi: l'escissione dell'ansa gangrenosa e l'enterostomosi sono il procedimento da preferire, rimandando le anastomosi intestinali a quando il malato sia guarito.

V. SERRA.

MEDICINA SOCIALE

La rieducazione professionale degli operai con capacità lavorativa ridotta.

(v. EDEN. *Zschr. f. Orth. Chir.*, Bd. 51, Heft 1/2).

Tutti coloro che hanno esperienza di infortunati si imbattono in questa contraddizione: mentre l'esperienza ci dice che le possibilità di adattamento funzionale sono pressochè illimitate, noi vediamo che invalidi, la cui capacità lavorativa pure non è di molto abbassata, non riescono a trovare una occupazione i cui proventi, pure addizionati alla indennità-rendita per infortunio, diano un guadagno uguale a quello dell'individuo in condizioni normali.

In Olanda nel 1921 è stato aggiunto alla legge sull'assicurazione infortuni, un nuovo articolo il quale prevede, per gli infortunati la cui capacità lavorativa nella loro particolare occupazione sia permanentemente danneggiata, una rieducazione professionale per altra occupazione, nella quale sia da attendersi una maggiore capacità lavorativa.

Sebbene l'esperienza di 6 anni non sia molto grande, pure è possibile qualche interessante considerazione tenendo presente il periodo denso di avvenimenti che esso rappresenta.

In questo provvedimento non c'è nulla di forzato: l'infortunato può richiedere l'istruzione per una nuova occupazione e poi non seguirla.

Generalmente la liquidazione della indennità-rendita viene determinata solo a rieducazione ultimata.

La domanda inoltrata viene esaminata da una commissione composta di un medico, un tecnico delle assicurazioni e un tecnico professionale: collaborano il medico fiscale e l'agente della corporazione cui l'infortunato appartiene.

Lo studio della commissione riguarda: lo sviluppo spirituale e tecnico; la occupazione primitiva e la richiesta (v'è possibilità di istruzione? v'è possibilità di collocamento?) ecc.

Se la domanda viene accolta l'agente della corporazione s'incarica dell'inoltro della pratica: provvede a mettere l'invalido nelle migliori condizioni per la rieducazione, lo segue durante questa, e finalmente, se possibile, lo agevola nel nuovo collocamento.

Nella realizzazione di questo programma, le difficoltà incontrate sono state grandi.

Anzitutto per quel che riguarda il trovare una nuova occupazione adatta, la quale, per quanto possibile, deve avvicinarsi alla precedente. Naturalmente la soluzione è più facile nelle grandi industrie che richiedono degli individui dediti a un particolare lavoro ristretto, che non là ove gli operai debbono saper fare molte cose.

Inoltre non possono essere istituite delle speciali scuole per questi invalidi e quindi si suole inviarli come apprendisti presso qualche datore di lavoro: e si richiede allora un attento controllo per evitare sfruttamenti dell'operaio.

Ma le maggiori difficoltà vengono naturalmente dall'insufficiente cooperazione degli infortunati. In molti casi esiste una vera incompatibilità per la nuova occupazione e allora dopo alcun tempo che ha intrapreso il nuovo cammino pieno di energia e volontà, l'invalido abbandona tutto: ciò dimostra che occorre essere assai guardinghi nello scegliere la nuova occupazione.

La commissione, di cui l'A. fa parte, ha esaminato 145 domande. Di esse 56 dovettero essere respinte giacchè nessuna utilità vi era d'aspettarsi.

In 87 casi si intraprese la nuova istruzione: 2 di questi ripresero, per il miglioramento conseguito, l'antica occupazione; in 23 venne raggiunto totalmente o in gran parte lo scopo desiderato.

Occupazioni prescelte: 2 chauffeur, 2 orologiai, 5 scritturali, 1 calzolaio, 3 pittori, 1 falegname ecc.

È dunque questo un compito che prepara molte delusioni. Tuttavia possono bastare pochi casi in cui i provvedimenti hanno completamente conseguito lo scopo, per rianimare la vacillante fiaccola della volontà.

E per terminare l'A. cita alcuni di questi casi.

E. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. FRANCHINI. *Patologia Tropicale;* lezioni a cura del dott. M. GIORDANO; 1 vol. in-8° gr., di pag. 538 con 150 fig. intercalate nel testo e su tavole. Bologna, « La Grafolito » editrice, 1929. Rilegato. Prezzo L. 100.

La medicina tropicale viene occupando sempre più il posto che le compete nel nostro Paese, in rapporto con il crescente sfruttamento dei nostri possedimenti coloniali e con il poderoso sviluppo delle nostre colonie naturali (dalla Tunisia all'America latina), in parte anche con il clima semi-tropicale del nostro Mezzogiorno.

Il Franchini, il quale dirige la fiorente Scuola di medicina tropicale di Bologna, ha affidato l'incarico di raccogliere le sue lezioni al maggiore medico M. Giordano, il quale ha assolto con impegno il suo còmpito. L'esposizione conserva la semplicità delle lezioni; non è ingombrante, ma si limita ai dati più essenziali e significativi; qualche volta è persino troppo sintetica. Le nozioni di entomologia, parassitologia, epidemiologia, sono di un'esattezza ammirevole nella loro brevità; i quadri clinici risultano evidenti; la profilassi è tracciata con mano sicura.

Ottima ci sembra la classificazione, ispirata a criteri naturalistici, su base eziologica. Vengono così aggruppate le malattie prodotte dai vari agenti morbosi: protozoi, batteri, miceti, elminti, insetti, intossicazioni (ofidismo), alimentazione incongrua (carenze alimentari), psicosi. Tuttavia l'ordine non è forse dei più indovinati: così le psicosi figurano tra le micosi e l'ofidismo.

A parte viene descritta la tecnica. Sono date anche interessanti informazioni sulle nostre colonie. Buone figure illustrano tutta l'esposizione.

Nell'insieme, si tratta del lavoro di un competente e su di esso non può formularsi che un giudizio pienamente favorevole. Renderà indiscutibili servigi ai medici che vogliano rendersi edotti in questo campo.

Nelle trattazioni di tale ampiezza, è inevitabile qualche menda. Per es., sorprende alquanto di vedere classificati gli spirocheti tra i protozoi e disorienta di trovare, tra le spirochetosi, anche la febbre da pappataci.

Per il carattere stesso di lezioni, il lavoro non è corredato di bibliografia. L. V.

MARTIN MAYER. *Exotische Krankheiten.* Berlino, J. Springer, 1929. RM. 39.

È la seconda edizione del trattato di malattie esotiche che il Mayer, dell'Istituto di malattie tropicali di Amburgo, dedicò ai medici pratici nel 1924, nella sua prima edizione. Di esso già esistono una traduzione italiana ed una spagnuola. Ciò dimostra il grande interesse e il favore incontrati dal libro del Mayer.

In questa ultima edizione la materia è stata trattata e disposta come nell'edizione precedente. Vi sono stati aggiunti un capitolo di ematologia ed uno di tecnica. Inoltre in esso sono stati trattati in maniera nuova e più rispondente alle ultime acquisizioni, i capitoli relativi alla dissenteria bacillare, al tracoma, al rinoscleroma, all'infezione da bacillo tularense. Numerose nitide illustrazioni completano il testo che appare in una edizione particolarmente accurata. TRENTI.

D. e J. OLMER. *La fièvre exanthématique.* Parigi, Maloine ed., 1928.

Tiene desta l'attenzione dei medici da qualche tempo in Francia una particolare malattia esantematica caratterizzata da febbre ciclica con esantema papuloso, che insorge verso il 4°-5° giorno, e da una escara nera cutanea. Accanto a chi vuole farne una entità morbosa a sè (Boinet) v'è chi tenta di ravvicinarla al gruppo tifo esantematico, malattia di Brill, tifo tropicale. Gli AA. nel volume dopo aver dato note cliniche e dati sperimentali, sopratutto in base alle reazioni positive avute con determinati ceppi di Proteo X19, tentano il ravvicinamento col gruppo tifo esantematico e specialmente con la malattia di Brill.

L'argomento, se pur non risoluto, è di grande interesse anche per noi in Italia: anche presso di noi esiste una malattia esantematica che difficilmente si potrebbe differenziare dal tifo esantematico lieve, con grandi percentuali di sierodiagnosi positive per il Proteo X19 specie durante la convalescenza; non si riscontra però sempre l'escara nera, e la sua natura è causa ancora di vivaci contestazioni.

È necessario studiare ancora il problema accuratamente e da ogni lato per non avere sorprese epidemiche sgradite. T. PONTANO.

HAROLD R. DEW. *Hydatid Disease.* Sydney Australasian med. Pub. Comp., 1928.

L'A. dopo avere brevemente trattato della storia della echinococcosi passa ad esporre il risultato delle osservazioni concernenti la frequenza e la distribuzione dell'echinococcosi in Australia. Alla parte riguardante lo studio dello sviluppo del parassita, ai metodi di diagnosi biologica della echinococcosi ed al loro valore, l'A. fa seguire una particolare trattazione della localizzazione dell'echinococco nei diversi organi ed al trattamento più indicato in ogni singolo caso. Per ogni localizzazione particolare dell'echinococco si sofferma ad esporre i punti più importanti su cui fondare la diagnosi e le conseguenze delle varie complicazioni (rottura della cisti, suppurazione). L'opera svolta in oltre 400 pagine è particolarmente interessante per il largo contributo clinico che arreca al problema diagnostico e terapeutico della echinococcosi. TRENTI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACHARD CH. *Les maladies typhoïdées*. Parigi, Masson et C., 1929. Fr. 36.

In un volume di circa 300 pagine l'A. raccoglie tutte le nostre conoscenze odierne sulle malattie tifoidi, intendendo egli con tale denominazione tanto la febbre tifoide che quelle paratifoidi. Dopo tutto quello che è stato scritto su questo argomento, sembrerebbero superflue le ulteriori pubblicazioni che non portino un contributo nuovo alla clinica ed alla terapia delle suddette malattie. La parte che si presenta di maggiore interesse nel libro dell'A. è certamente quella relativa alla clinica delle infezioni da paratifo A e B, specialmente per l'esperienza ed il contributo personale dell'Achard. Ad una prima parte di indole generale sullo studio delle malattie tifoidi segue una seconda parte che concerne lo studio delle modificazioni umorali, dei disturbi generali, delle complicazioni, del decorso delle suddette infezioni nel neonato, della cura sia colla sieroterapia che con la proteinoterapia. Da ultimo l'A. fa seguire i risultati e le osservazioni desunte da una copiosa statistica ospedaliera.

TRENTI.

ERICH HOFFMAN. *Wie kann die Menschheit von der Geissel der Syphilis befreit werden?* Berlin, Verlag von Julius Springer, 1927.

« Come può l'umanità liberarsi dal flagello della sifilide? ». Sotto tale titolo suggestivo il prof. Hoffmann tratta in una recente pubblicazione l'importantissimo argomento. In base alla sua decennale esperienza ed ai suoi studi egli è convinto che la sifilide debba essere considerata quale una malattia assai di frequente guaribile, dietro opportuno trattamento, non solo nel periodo primario, ma anche nel secondario. La sifilide può bene essere evitata: la sifilide è perciò anche una malattia destinata a scomparire. A ciò varrà anzitutto il saggio impiego dei mezzi terapeutici oggi acquisiti, in secondo luogo l'illuminata applicazione delle varie e complesse provvidenze di ordine sociale e individuale. Tale lieta speranza in un avvenire più o meno lontano sembra oggidì confortata dalle molteplici segnalazioni circa una recente diminuzione del numero dei contagi. Da ciò deve muovere lo stimolo ad affinare sempre più le nostre armi nella lotta e a collaborare strettamente con ogni mezzo per il conseguimento del nobile fine.

L'elegante pubblicazione « brochure » è corredata nelle sue 50 e più pagine da scelte illustrazioni. M. AGOSTINI.

HALBAN e SEITZ. *Biologie u. Pathologie des Weibes*, fasc. 45. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1929. M.o. 16.

L'opera monumentale, già più volte segnalata su queste colonne, come espressione di magnifica organizzazione scientifica e di audacia editoriale, volge ormai alla fine. L'editore preannunzia come imminente l'uscita dell'ultimo fascicolo (il 46°) e dell'indice generale. Ne riparleremo in quell'occasione; ora accenniamo intanto a questo fascicolo odierno in modo speciale.

Esso contiene una vera monografia di H. Guggisberg sulle Vitamine, per ciò che riguarda la loro importanza nella donna, che è sviscerata da tutti i punti (sono 184 fitte pagine, con una enorme bibliografia); e contiene inoltre un elaborato studio di Zangemeister e Wieloch sulla Febbre in travaglio, un argomento che nei comuni trattati ha troppo breve svolgimento, e che sta tornando di attualità per nuove vedute che pare si facciano strada in qualche scuola; tre nitidissime tavole a colori portano una interessante documentazione alle modalità della infezione intra-partum. L'argomento è così importante che nel fascicolo prossimo Frey dedicherà un capitolo speciale alla rottura precoce del sacco. Ed è stato buon consiglio fare questa appendice, perchè un trattato come l'Halban-Seitz non doveva mancare di una adeguata illustrazione di tale complicazione.

p. g.

H. VON HOESSLIN. *Daten und Tabellen für den Praktiker*. Un vol. in-8° di 98 pag. G. Thieme ed. Leipzig. Prezzo M. 3,25.

L'A. ha qui raccolto i dati e le tabelle di uso giornaliero per il medico e per il biologo, disposti per ordine alfabetico. Vi troviamo trattati il sangue (composizione, quantità, proprietà, ecc.), le facoltà visiva ed uditiva, le misure ed il peso del corpo, la nutrizione (calorie, alimenti, vitamine, cure di nutrizione), dati neurologici, termometria, esami clinici, ecc. Paziente raccolta di nozioni, che riesce assai utile. *fil.*

Dott. GIOVANNI ALBERTOTTI. *Biografia fisico-patologica di Don Bosco*. Un op. di pag. 100 con 3 tav. Genova, 1929. Poligrafica San Giorgio.

Questa interessante biografia — data l'importanza assunta ormai dal personaggio di cui si tratta — è dovuta alla penna del medico ed amicissimo di Don Bosco, padre del prof. Giuseppe Albertotti che, dando esecuzione alla stessa volontà paterna, la rende pubblica.

Al documento, che è destinato a suscitare una legittima curiosità e che non passerà senza formare oggetto di attenta considerazione, il prof. Albertotti fa precedere una rapida presentazione, da cui coglie il motivo per ricordare anche i suoi stessi rapporti personali e professionali con Don Bosco, lumeggiando questa magnifica figura.

M. CAMPEGGIANI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXV Congresso di Medicina Interna.

Genova, 23-26 ottobre 1929.

L' inaugurazione

(in comune col XXXVI Congresso di Chirurgia).

I due Congressi vennero inaugurati solennemente, con cerimonia unica, il 23 ottobre, alle ore 10, nell'Aula Magna della R. Università, letteralmente gremita di autorità e di pubblico.

Nella folla dei convenuti figuravano: i senatori Giordano, Pascale, Queirolo, Baldo Rossi; i professori Frugoni, Devoto, Zoia, Castellino, Boeri, Gasbarrini, Burci, Ferrata, Giuffrè, Dominici, Micheli, Ascoli, Alessandri.

Alla presidenza erano: S. E. il prefetto Regard, il sen. Maragliano, i professori Pende, Tusini, il Podestà sen. Broccardi, il Rettore Magnifico prof. Mattia Moresco, il sen. Queirolo, i proff. P. Castellino, Clivio, Donati, Catterina, Ermanno Fioretti.

Primo a parlare è il Rettore Magnifico professore MATTIA MORESCO, il quale si dice lieto di porgere il saluto dell'Ateneo Genovese di cui ricorda le gloriose tradizioni. Rileva l'ora storica che il paese attraversa e che per la volontà geniale di Colui che da sette anni ci governa consiglia a tutti di elevare sempre più in alto la scienza medica italiana.

Segue il Podestà sen. BROCCARDI, il quale reca il benvenuto a nome di Genova, che è orgogliosa di accogliere gli attuali congressisti i quali nel campo della medicina e della chirurgia rendono grandi servigi all'umanità sofferente. Genova, dice, è degna dell'onore che le viene fatto perchè l'amore per l'assistenza e la cura degli infermi è una delle sue più nobili tradizioni. L'oratore rileva il contributo recato da Genova al maggiore sviluppo del suo Ateneo, donde sono usciti medici celebrati, vanto e decoro della Scuola italiana. Ricorda come il monito del Duce, che il giorno 26 maggio 1926, dinanzi alle scheletriche ossature di alcuni edifici abbandonati della sorgente Città Universitaria, esprimeva il desiderio che le costruzioni fossero riprese e portate rapidamente a compimento, possa dirsi oggi sulla via della sua completa realizzazione. Chiude rinnovando il suo cordiale e deferente benvenuto ai congressisti e augurando pieno successo ai loro lavori.

Salutato da calorosi e unanimi applausi si leva a parlare S. E. il Prefetto REGARD. Egli dice:

« Ho l'onore di recare il mio saluto deferente e cordiale a questi Congressi che hanno, ormai, una lunga e brillante tradizione di attività e di proficui risultati scientifici, delle benemerite Società italiane di medicina interna e di chirurgia. Nella mia qualità di rappresentante del Governo in questa Provincia, fervida di traffici e non seconda ad altre nel campo delle più elevate energie culturali, sono lieto di assistere a questa solenne cerimonia inaugurale, per dirvi tutto l'operoso interessamento del Governo stesso ai vostri severi lavori, e sottolineare l'importanza di questi convegni di scienziati che tendono ad un alto fine, col loro geniale e fattivo contributo di ricerche e di studi nella lotta contro le insidie all'organismo umano, per alleviare le sofferenze fisiche e presidiare fortemente l'incolumità della stirpe.

« Vasta e copiosa è la produzione scientifica delle scuole universitarie di patologia e clinica medica e chirurgica che vi accingete a riassumere nelle imminenti riunioni; e la sintesi del vostro intenso lavoro rispecchierà anche oltre i confini la serietà e la profondità del movimento medico-chirurgico del nostro Paese, che anche in questo aspetto della sua vita molteplice, nel rifiorire di tante energie, sotto l'impulso vivificatore di un regime che ha restaurato e dato nuova rinascita a tutti i valori della Patria, può dirsi rifulga, come in tutti gli altri, di vivida luce.

« Ho rilevato che all'ordine del giorno del Congresso di medicina, due su quattro relazioni si riferiscono alla diagnosi delle malattie dell'apparato respiratorio, simulatrici di una delle più gravi insidie alla integrità della razza, sulla quale in modo particolare si è soffermata la cura fervorosa del Governo, che, intuendone tutta l'importanza, vi ha sopperito con saggezza e competenza di provvidenze, ponendo il nostro Paese all'avanguardia delle nazioni più progredite nel campo assistenziale. Il problema della prevenzione antitubercolare e della assicurazione contro la tubercolosi è di quelli per la cui soluzione è tutta una mirabile gara di sforzi, di apprestamenti e di tentativi scientifici che il Governo, come ha già dimostrato, non può non seguire con appassionata diligenza e tenacia di intenti. Ad esso infatti è strettamente legato quello dell'igiene della stirpe e della doverosa tutela dei lavoratori, che costituiscono in questa nostra Italia — che nel segno del Littorio procede sicura verso le mète di grandezza e di prosperità, che il Regime instancabilmente persegue — una massa poderosa di preziose energie, di cui deve essere garantita con ogni mezzo l'incolumità e la saldezza fisica, per la forza e la vitalità dell'aggregato sociale.

« Ai vostri lavori che stanno per aprirsi sotto i migliori auspici, e che si svolgeranno austeri e fecondi nell'atmosfera serena della scienza messa a beneficio dell'umanità sofferente, giunga anche propiziatore il fervido pensiero del Governo, che alla scienza, intesa nel senso più alto e più nobile, intende porgere per mio mezzo il più rispettoso e doveroso omaggio di simpatia augurale ».

* * *

Dopo si leva, tra la più viva e deferente attenzione, il prof. GIUSEPPE TUSINI, che pronuncia il seguente discorso:

« La Società Italiana di Chirurgia ringrazia per mio mezzo le Autorità tutte e quanti altri qui, graditissimi, hanno voluto onorarci di loro presenza, accrescendo così solennità e importanza a quello che potrà essere il frutto delle nostre riunioni. Non farò alcun discorso, anche perchè i chirurghi amano lasciar parlare i fatti ad illustrazione e conforto di propositi ed aspirazioni, che siano già stati da essi risoluti in più o meno felice attuazione pratica. E questo permettete che io lo dica, è anche assai consono allo ambiente

che così cordialmente ci ospita, cioè a quella silenziosa sì, ma altrettanto e più operosamente fattiva consuetudine di vita della nostra razza ligure, così largamente fruttifera di rigogliosi prodotti col suo tenace e diuturno lavoro.

« Da qui il sorgere di aspirazioni nuove per un risultato sempre migliore e lo sprigionarsi talora di un grido di allarme, di soccorso e di cooperazione rivolto a quanti possono sapientemente concorrere al raggiungimento di un bene che tutti ardentemente reclamano. I chirurghi, mossi a lor volta e collegati da identiche finalità ed aspirazioni, accolsero anche questo grido, e là dove l'indice del medico segnava con tormentoso affanno la resistenza buia e per esso invincibile del dubbio o dell'ignoto, portò spesso, il chirurgo, la vivida luce e il guizzo penetrante del suo ferro sapiente e vivificatore, facendo sgorgarè dal sangue stesso rutilante più calda e rosea luce di speranze di vita. Fu così che la mano e la mente e il cuore del chirurgo e del medico infragibilmente si rinsaldarono, essi da allora meglio si compresero e si ritrovarono, come oggi dinanzi a voi qui, sempre più stretti in elevati intendimenti di bene. Non più l'aspro e malefico cozzare fra essi pel vicendevole sopraffarsi di scuole, di nomi e di regioni; unico è per essi tutti il proposito ed unica l'aspirazione: stringersi, cioè, in un'azione intensa e concorde per il progressivo perfezionamento della scienza e dell'arte loro per il bene di tutti, collaborando con ogni sforzo di volontà e di opere al miglior prestigio anche in questo della Patria nostra nel mondo. Gli effetti agognati non tardarono a verificarsi e non son dubbi i segni anche di una doverosa resipiscenza altrui, sì che quello che pareva dovesse restar sempre per noi solo il simbolo di un nostro glorioso, ma troppo remoto passato chirurgico, si va riallacciando man mano alle giuste rivendicazioni di un passato molto recente e si continua per spontaneo e palese riconoscimento straniero anche all'opera nostra presente, ciò che è giusta, confortevole e non sia detta immodesta, constatazione per noi. Non è questo vano orgoglio di singoli, chè anzi è merito in assai larga proporzione dei più raccolti, meno appariscenti, ma più assiduamente operosi fra noi; è piuttosto sprone ad un miglioramento e perfezionamento progressivo d'intenti e di opere, di cui sentiamo intimamente il dovere e la necessità per noi stessi e per il Paese che da noi giustamente lo reclama e lo esige; che noi con pieno e deliberato animo promettiamo e che Esso avrà. Ne fanno fede tutti quelli che, Colleghi nostri d'ogni regione, sono qui solo per questo raccolti nell'operosa pace come un tempo lo furono nella guerra vittoriosa.

« Travolti ormai per sempre in fumosi e torbidi tramonti uomini e cose che pareva dovessero offuscare d'ombra tetra e sanguigna l'incipiente rinascita della Nazione, è sorta alfine in più sereni cieli la radiosa aurora della Patria nostra. Nel suo roseo chiarore si riflettono anche la fede candida dei Colleghi nostri martiri, il sangue rutilante di questi nostri eroi che cogli altri e per gli altri fratelli nostri caddero con un ultimo grido di vittoria e di gloria. Ardito e tenace un forte milite che noi vedemmo allora colle carni sue lacere e sanguinanti fra essi, raccolse nel suo sangue e nell'anima sua grande e a noi ripete quel grido che è quello stesso di tutti gli altri eroi, che egli ricorda e ravviva col suo esempio a tutto il generoso, grande e forte nostro popolo, perchè sia monito costante a tutti di un dovere che va rigorosamente compiuto per quanti si immolarono in sacro volontario olocausto per una Patria sempre più grande, rispettata e se occorra anche temuta nel mondo. Ebbene, noi tutti qui solennemente promettiamo ad Essi che attendono e che ci guidano, al Duce che per Essi lo esige e che drittamente e sicuramente ci guida, che daremo ogni opera lealmente, severamente e con tutta l'anima nostra perchè sia valido al fato certo della Patria anche il nostro concorso.

« Lo vogliamo, lo abbiamo giurato: Eccellenza, Signori, vi assicuro che sapremo mantenerlo ».

Le nobilissime e fervide parole dell'insigne Presidente del Congresso di chirurgia sono meritatamente accolte da una entusiastica acclamazione.

* * *

Si alza poscia il venerando sen. Maragliano, fatto segno a una prolungata ovazione. Egli pronuncia il seguente discorso:

« È questa la terza volta, da quando è nata, che la Società Italiana di Medicina interna ha scelto Genova mia per compiere i propri lavori, unitamente alla Società di Chirurgia e di Ortopedia. Come Genovese me ne compiaccio; quale Membro del Corpo accademico di questa mia gloriosa Università rilevo con grande soddisfazione l'onore che con questa scelta viene fatto al nostro centro massimo di studi, dove per 46 anni ho insegnato, lavorato e prodotto, dove antichi discepoli miei sono oggi maestri, come altri sono oggi maestri in altri Atenei del Regno, dove ho la soddisfazione di vedere la tradizione della Scuola clinica da me creata, proseguita dal mio giovane Successore, che affronta dalla Cattedra, che già fu mia, problemi originali destinati ad avere eco nel mondo scientifico. A nome della Società cui ho l'onore di presiedere ringrazio vivamente le Scuole italiane che coi propri lavori prendono parte attiva a questa riunione e dimostrano coll'opera loro e colla loro attività quel che fa e produce la medicina, affermandone autorevolmente la personalità scientifica, che solo in Italia è ancora misconosciuta.

« Innanzi a questo fatto, per l'autorità che mi viene dalla vostra simpatia che mi volle da dodici anni nell'Ufficio di Presidente; per l'amore agli studi clinici che furono e sono tuttavia passione della mia vita; forte del privilegio di un'età che mi immunizza innanzi ad ogni sospetto di tardive ambizioni, io di qui, circondato come sono da voi tutti, fiore della medicina italiana, pongo un quesito che si impone ad ogni sereno osservatore. Chiedo: la medicina ed i suoi cultori (e dicendo medicina parlo delle discipline cliniche nelle loro varie branche mediche e chirurgiche) sono tenuti presso di noi in una considerazione pari a quella in cui sono tenute coi loro cultori le altre discipline in cui si svolge l'attività dell'ingegno umano? E rispondo: No! Perchè? Perchè alla medicina in Italia si contesta quella posizione che pur le compete e si negano ai cultori di essa quella considerazione e quelle distinzioni che si concedono ai cultori di ogni altra disciplina. Perchè in Italia, da oltre mezzo secolo, si è usurpato da chi non aveva il diritto di usurparlo, il monopolio di graduare arbitrariamente i rami dello scibile

innanzi alla nobiltà del sapere, e si è costituito un campo chiuso che ha creato al riguardo uno stato di cose che non ha pari in nessun'altra colta Nazione. Nelle altre nazioni la medicina è ritenuta pari ad ogni altro ramo ed i suoi cultori, quando eccellono, considerati pari ad ogni altro. Ricordo ad esempio, che l'Istituto di Francia, l'ente in cui si incarna la scienza di quella Nazione ha — fra le altre — la classe della medicina di cui fecero e fanno parte cultori eminenti della clinica tanto medica che chirurgica. Lo stesso avviene in Germania, in Inghilterra e dovunque per Istituti consimili che raccolgono, ad onore del Paese, le personalità più eminenti, indici ed esponenti dell'altra scienza nazionale.

« In Italia il più grande Istituto accademico del tempo ha chiuso sistematicamente le sue porte a Guido Baccelli, il cui nome è scritto a caratteri d'oro nel campo degli studi medici. Egli, solo per avere primo insegnata la via delle vene ai compensi curativi, sarà perennemente ricordato fra coloro che colla scienza hanno beneficato l'umanità. E il non lodevole esempio fu seguito in Italia da altri Enti. La ragione? È questa: fra noi alla medicina non si è voluta ancora riconoscere la dignità di scienza e riconoscere per scienziati i suoi cultori. È giusto? No! È ingiusto? Sì!

« Coi regimi precedenti non avrei trattato tale questione, perchè sarebbe stato inutile, dati i metodi dei governi del tempo. La tratto ora perchè l'Italia ha un governo che non tollera ingiustizie, che non permette — quando è messo sull'avviso — ad alcuno di esercitare monopoli in base ad ideologie ormai superate ed a dispotismi dottrinali non consentiti nè dai tempi, nè dallo stato attuale della scienza, nè dalla essenza e dallo spirito del Regime. Il Governo di Benito Mussolini! È quindi questo il momento di mettere in chiaro le cose perchè si sappiano e perchè, fra l'altro, non si deve dimenticare che nelle finalità assegnate virtualmente ai grandi corpi scientifici, havvi quella di additare alla considerazione mondiale i figli delle rispettive nazioni che emergono in ogni branca della umana attività. Così l'Italia seguendosi il sistema finora seguito, oggi dice al mondo civile: ho uomini eminenti da segnalarvi nel campo delle lettere, delle arti, delle varie scienze: non ne ho nel campo della medicina. Questo è finora succeduto perchè in Italia si volle che le varie branche delle scienze biologiche, via via uscite dal ceppo della medicina che le aveva covate nel proprio seno, rappresentassero tutto il contenuto veramente scientifico, aristocratico della medicina e fosse empirica e volgare quella parte di essa che ha per oggetto la conoscenza delle infermità umane, nelle loro estrinsecazioni, nelle loro ragioni, nella loro prevenzione e nella loro cura.

« Errore codesto generato dalla ignoranza di quello che è realmente questa medicina, misconosciuta per superbe ideologie, da coloro che poi ne implorano il soccorso quando trepidano per la propria vita e per quella dei loro cari. Essi non sanno che la medicina ha la sua base fondamentale in un complesso di osservazioni e di ricerche, di indagini proprie che la individualizzano nel campo delle scienze biologiche e le dànno una personalità sua propria. Nella medesima guisa che nel proprio laboratorio, lo sperimentatore ricerca le alterazioni dei tessuti, degli organi e delle funzioni avvenute in seguito a lesioni ad arte prodotte negli animali, il clinico al letto dell'infermo rileva le alterazioni prodotte in esso dal processo morboso, esperimento questo che la natura istituisce, lo studia, ne indaga le ragioni, pone i problemi che risultano da essa, attende a risolverli ed istituisce esso stesso quelle ricerche sperimentali che sono capaci di chiarirli e dalla loro soluzione escono verità, che i puri esperimenti sull'animale non erano riusciti a dimostrare.

« E così a poco a poco la Clinica, nel corso degli anni, ha accumulato ed accumula una somma cospicua di documenti che valgono all'obbiettivo loro, quanto valgono gli esperimenti di laboratorio ai rispettivi obbietti ed è con questi documenti che viene costrutta la dottrina dei morbi e con essa le leggi del decorso loro, dei loro esiti, e della loro cura. Ed è da questo corpo di scibile, tutto pazientemente costrutto dalla clinica, coi suoi propri lavori, che vengono tratti gli elementi della diagnosi, questa sintesi meravigliosa, trionfo di menti acute e geniali che penetrano il mistero dell'organismo infermo, lo svelano, le predicono le varie fortune e spesso segnano le vie che devono condurre alla sua salvezza.

« Si è discusso molto se la Clinica sia scienza od arte. Non ripeterò certo tutte le sottigliezze dialettiche all'uopo escogitate da coloro che vivono nel mondo della speculazione, non in quello della realtà. In linea di fatto però primamente noto, che nelle indagini esperimentali l'arte e la scienza vicendevolmente si soccorrono e si compenetrano.

« Se per arte s'intende quella dote speciale e personale, per cui l'uomo dà corpo e vita ad una concezione del proprio cervello, è tanto arte il bronzo od il marmo nel quale s'incarna la concezione dello scultore, quanto è arte l'opera del Clinico in cui si incarna la sua creazione diagnostica e curativa. Se la scienza è il sapere, assimilato in menti capaci di fecondarlo e di indirizzarlo moltiplicato alla conquista di determinate finalità, la Clinica è scienza quanto lo è qualunque altro ramo dello scibile e la più benefica delle scienze, che nei suoi trionfi ha fatto appaiare a Dio chi la protesse.

« La medicina quindi ha ragione di aspettare la giustizia cui ha diritto di aspirare.

« Ed ora, cari Colleghi, procediamo serenamente nei nostri lavori, i quali anche oggi dimostreranno che la medicina italiana è scienza che vive, crea, e benefica per la produttività e la forza della stirpe, per la gloria della Patria. E per somma ventura lo iniziamo sotto gli auspici del giorno che ricorda la fatidica Marcia su Roma, quella marcia da cui usciva la nuova era della fortuna d'Italia, guidata dalla mano ferma di Benito Mussolini. E nello iniziarli alziamo a Lui il nostro pensiero caldo di affetto, di riconoscenza e di fede ».

L'intera assemblea sorge unanime ad acclamare il venerando pioniero della medicina italiana.

* * *

Prende infine la parola l'On. Prof. ERMANNO FIORETTI, il quale dice:

« Delegato da S. E. Turati, Segretario del Partito Naz. Fasc., porto il saluto del Partito a questo nobile ed alto consesso di Scienziati dal quale indubbiamente emaneranno dei risultati importanti non solo dal punto di vista scientifico, ma

più e particolarmente dal punto di vista sociale quale contributo al risanamento ed al rafforzamento della Stirpe. Le leggi sanitarie e sociali dall'amatissimo Duce proposte ed attuate stanno a dimostrare l'alta considerazione in cui oggi è tenuta la Classe Sanitaria i cui maggiori esponenti con il lavoro silenzioso e continuo studiano per la difesa degli organismi contro le insidie del male e per la prevenzione delle varie malattie. L'inquadramento delle Società Scientifiche nel Sindacato Medico Fascista sta a dimostrare la loro intima collaborazione con il Regime e con il Duce Supremo e con diuturna instancabile e costante fatica quale il Supremo Artefice sta costruendo l'Italia nuova, l'Italia grande, l'Italia fascista ».

Queste parole sono coronate da applausi.

Seduta pomeridiana (ore 14,30).

Presidenza: MARAGLIANO, QUEIROLO, ZOIA.

Con la seduta pomeridiana s'iniziano i lavori del Congresso.

Le micosi polmonari.

PARTE I.

Il sen. MARAGLIANO dichiara aperta la seduta e dà subito la parola al prof. G. BOERI di Napoli, il quale svolge la sua relazione.

Lo studio delle micosi è molto importante anzitutto perchè esse sono più frequenti che non si creda, in special modo quelle dell'apparecchio respiratorio.

Circa il 20% delle malattie tropicali è costituito dalle micosi: del resto le micosi non sono malattie tropicali, come si riteneva, ma son comuni anche nei nostri climi.

Lo studio delle micosi non è importante solo per se stesso, ma anche perchè ha notevolmente migliorato le nostre conoscenze nei riguardi della tubercolosi polmonare a cui molto rassomigliano, con cui spesso si confondono e a cui spesso si associano.

Molti errori e molti pregiudizii si sono andati correggendo o modificando nei riguardi della tubercolosi polmonare in questi ultimi tempi. Tali il pregiudizio della inguaribilità e quello della ereditarietà; tale il pregiudizio, direi clinico, della sede apicale ed anche di una sindrome più o meno esclusiva o caratteristica della malattia, che non esiste. E appunto 15 anni fa, nel 1914, proprio qui a Genova, nel XXIV di questi nostri Congressi, relatori i Proff. DEVOTO e TEDESCHI sul tema delle affezioni dell'apice di natura non tubercolare, si è portato uno dei primi e più favorevoli contributi allo studio delle pseudotubercolosi. Il quale studio ha molto giovato alla terapia della tubercolosi come tutto ciò che concorre alla conoscenza e alla diagnosi di tale malattia, in quantochè il problema terapeutico è sopratutto problema diagnostico e la rispettiva guaribilità è tanto magiore quanto più prococe è la diagnosi.

Con gli studii sulla pseudotubercolosi gli sforzi dei clinici prima diretti a riconoscere la tubercolosi dove essa si nasconde, si sono rivolti anche, e più utilmente, a negarla dove essa sembra esistere.

Tra le diverse pseudotubercolosi, forse la più frequente è la micosi. Si può anzi affermare che se lo sviluppo travolgente della batteriologia soffocò fino a poco tempo fa lo studio della micologia, questa transitoria sopraffazione si verificò anche maggiormente nel campo della patologia dell'apparecchio respiratorio, dove la grande malattia batterica prodotta dal b. di Koch, voglio dire la tubercolosi, assorbì per molti anni, per la sua frequenza e la sua gravità, tutti i nostri studii e tutte le nostre preoccupazioni, facendoci trascurare quasi completamente le micosi polmonari.

Un gran numero di quelle affezioni respiratorie croniche che somigliano alla tubercolosi, ma la cui natura tubercolare non si riesce a dimostrare, sono probabilmente delle micosi dell'apparecchio respiratorio. Lo studio di queste ultime ha ridotto ad una cifra minima i casi in cui la tubercolosi veniva esclusa ma che rimanevano etiologicamente non identificati.

Le più comuni micosi dell'apparecchio respiratorio tra noi sono date dalla Monilia, Nocardia, Cryptococcus, Sporotrichum, Aspergillus, Penicillium, Blastomicetoides, Oidium, Mucor, Hemispora.

Sono spesso di origine professionale; sono favorite dal contatto con cereali, farine, foglie di the, dalla convivenza con alcuni animali, dalle condizioni degli stallieri, dei lavoratori delle cotoniere, dei sylos, dei mulini, ecc. Oltre alle condizioni professionali, si rileva spesso una disposizione personale, forse la costituzione artritica o vagotonica, più evidente la debolezza bronchiale, la minore resistenza dell'apparecchio respiratorio.

I miceti si trovano quasi dappertutto, nell'ambiente, nell'aria, sulla pelle dei sani, ecc. Penetrano nell'organismo per lo più per inalazione con l'aria respiratoria; molte malattie professionali da inalazioni attribuite a polveri, a sostanze inerti, sono invece delle micosi: si fanno strada per lo anello di Waldeyer, o nei bronchi, o penetrano per l'intestino: si diffondono o si generalizzano pel sangue o pei linfatici. La loro presenza quasi costante nell'ambiente ha fatto ritenere da alcuni che essi siano sempre saprofiti ossia non patogeni, e che quando si riscontrano in soggetti ammalati, in questi la presenza dei miceti sia sempre secondaria ad un'altra malattia e non sia patogena. Oggi non si può negare invece l'esistenza di *micosi primarie*, ossia di affezioni dovute in modo primario od esclusivo a miceti.

Però accanto alle micosi primarie esistono e sono frequenti le *micosi secondarie*, in cui per simbiosi o per associazioni i miceti si riscontrano insieme ad altre affezioni.

Queste associazioni si hanno tra un micete e uno o più altri miceti: tra uno o più schizomiceti e uno o più miceti. In questa seconda combinazione rientra l'associazione più frequente tra la tubercolosi e la micosi. Può in questa combinazione essere il micete semplicemente saprofita o indifferente o anche patogeno. Può essere la micosi primaria e la tubercolosi secondaria o viceversa. Il Rabino ha trovato frequenti (24 %) le monilie nello sputo dei tubercolotici e pensa che esse non abbiano importanza patogena. Il Redaelli ha trovato parecchi generi di miceti, e molto frequentemente, nelle caverne dei tubercolotici e crede che la loro azione non sia indifferente alla evoluzione del processo tubercolare.

Vi possono essere anche associazioni tra micosi e lue, e cancro, e diabete, oppure con germi piogeni (forme suppurative).

L'anatomia patologica e la stessa istologia patologica delle micosi non hanno caratteri veramente speciali o assoluti, somigliando spesso al reperto della tubercolosi o a quello della lue. Si possono riscontrare tutte le modalità delle affezioni bronchiali o bronco-polmonari circoscritte o diffuse, a carattere talora acuto, ma più spesso cronico, con infiltrazioni più o meno intense, con escavazioni, con sclerosi, con localizzazioni primitive o secondarie nelle prime vie respiratorie, con partecipazione delle pleure, sopratutto in forma sclerotica o adesiva, con invasione, non di rado, delle pareti toraciche (periostiti, osteiti, ascessi, fistole, ecc.). La rassomiglianza con la tubercolosi può riscontrarsi perfino all'esame istologico (cellule giganti) e pei caratteri tintoriali (acido-resistenza dei miceti nella nocardiasi).

* * *

I casi che più recentemente e più diligentemente io e i miei allievi abbiamo potuto studiare ammontano a 19, così distinti: 7 da monilia, 3 da cryptococco, 2 da nocardia, 2 da blastomicetoide, 2 da aspergillo, 1 da sporotrico, 1 da oidium e 1 da hemispora.

Nè la sindrome clinica, nè la semiologia fisica, nè il reperto radiologico hanno alcun carattere proprio che distingua le micosi dell'apparecchio respiratorio da altre affezioni, specialmente dalla tubercolosi.

Ho riscontrato in clinica tutte le forme e le localizzazioni ricordate or ora a proposito della anatomia patologica.

Decorso variabile, eccezionalmente acuto (forma tifosa o miliare), più spesso inizio subdolo e decorso lento o cronico, con tregue, miglioramenti, ricadute, peggioramenti, complicazioni, associazioni, talora aggravamenti letali.

Spesso stato generale buono; talora deperimento, cachessia. Febbre a carattere etico, o remittente, o continuo, o irregolare; talora iperpiressie, talora carattere suppurativo. Frequenti l'emottisi (in 1/4 dei miei casi), talora imponente; espettorazione variabilissima per quantità e per caratteri, talora saniosa, talora fetida. Non rara la sindrome asmatica: talora le dita a bacchetta di tamburo, talora forme reumatoidi o di pseudoreumatismo.

Ho già detto che il reperto radiologico non è caratteristico; mostra localizzazioni spesso mediastiniche, a preferenza basali. Presento, quasi a titolo di curiosità storica, una radiografia da me eseguita, con mezzi primitivi da me adattati nel 1897, la quale riguarda una micosi della base del polmone sinistro in un ragazzo, micosi identificata dal compianto prof. de Giaxa per una streptotricosi.

Le micosi polmonari possono guarire. Il loro studio è appunto importante, oltre che per le ragioni già innanzi dette, perchè ha sottratto alla tubercolosi un numero, che può dirsi rilevante, di casi ritenuti tubercolosi, i quali, sottoposti a cure opportune, possono guarire. Per questo non riconoscere una micosi costituisce, secondo la severa ammonizione del Landouzy, una grave responsabilità, anzi una grave colpa del medico.

La micosi guarisce più facilmente se primaria e senza associazioni; queste ultime aggravano la prognosi; ma la gravezza deve attribuirsi d'ordinario alla malattia primaria (se questa è di natura maligna) cui la micosi si è associata. Talora l'associazione riesce benefica, come si è notato qualche volta per l'aspergillosi che si aggiunge alla tubercolosi e vi apporta una nota sclerotizzante o fibrosa favorevole al processo, così come è stato osservato per la lue nella tubercolosi.

La guaribilità della micosi è inoltre maggiore se il processo è circoscritto, se ha decorso lento anzichè acuto, se non vi sono complicazioni, se la diagnosi è fatta all'inizio, se l'organismo è valido, se il processo ha carattere fibroso o sclerotizzante, se non vi è particolare intolleranza per lo jodo (anche per quest'ultima considerazione la tubercolosi e gli stati ipertiroidei rendono più grave la micosi).

Ho visto guarire casi di micosi in cui il processo anatomico era già molto avanzato: in un caso di nocardiasi è scomparsa persino una sindrome fisica cavitaria marcatissima. Tuttavia questa constatazione clinica non fu completamente confermata dal controllo radiologico. E in generale io non potrei sottoscrivere all'ottimismo prognostico che rilevo dalle pubblicazioni sulle micosi, sia perchè anche queste riportano spesso statistiche sconfortanti, sia perchè tutti abbiamo osservato dei casi molto gravi, sia perchè anche in alcune forme a decorso molto lento e mite ho rilevato una ostinatezza esasperante.

* * *

E' spesso impossibile la diagnosi clinica delle micosi: è spesso difficile distinguerle dalla tubercolosi. La disposizione professionale sopra ricordata, il tipo morfologico spesso brevilineo o macrosplancnico, lo stato generale molte volte buono, la mancanza di amiostenia spiccata o di ipotonia muscolare, la mancanza della ipotrofia caratteristica dei muscoli del cingolo scapolo-omerale, della ipotensione cardiovascolare, di ipertiroidismo, di tachicardia, la localizzazione prevalente alla base, la tolleranza per lo jodo, anzi l'azione curativa di questo, possono, in certo modo, allontanare la diagnosi di tubercolosi, ma non si può segnalare nessun carattere proprio o esclusivo delle micosi.

La diagnosi sicura è soltanto quella del laboratorio. Essa richiede: *a*) la ricerca del parassita, *b*) la cultura di questo, *c*) la intradermoreazione, *d*) la siero-agglutinazione, *e*) la deviazione del complemento, *f*) le reazioni immunologiche provocate con iniezioni di antigeni ricavati dai miceti dell'infermo o da altri ceppi, *g*) la inoculazione negli animali. Il mio correlatore indicherà quali tra queste reazioni siano più attendibili (la deviazione del complemento sopratutto) e dimostrerà che dette reazioni sono spesso reazioni di gruppo e non specifiche per un dato micete.

Io accenno solo ad alcuni accorgimenti con cui va accolto il reperto di laboratorio. Così, come non basta il reperto negativo del b. di Koch e delle reazioni corrispondenti per negare la tubercolosi, non basta neppure il reperto positivo del micete per ammettere la micosi, almeno primaria o esclusiva. Perchè può esservi una micosi associata, sopratutto a tubercolosi. E di queste può essere latente la tubercolosi e palese la micosi e viceversa. Può essere primaria la tubercolosi e secondaria la micosi e viceversa. L'affezione secondaria aggrava spesso quella primaria, qualunque sia: tuttavia può occorrere anche il contrario, come ho

già accennato per l'aspergillosi che può influire favorevolmente sulla tubercolosi mediante un'azione sclerotizzante.

Così una Wassermann positiva non potrà escludere la micosi, nè il reperto di miceti potrà escludere la concomitanza di una lue, di un cancro, ecc.

Deplorevole è l'abitudine invalsa, almeno nella pratica corrente, di limitare l'esame dell'espettorato alla ricerca del bacillo di Koch. L'esclusione della natura tubercolare non significa sempre la salvezza dell'infermo, perchè vi sono micosi altrettanto gravi. Tuttavia il riconoscimento di una micosi può permettere spesso di guarire un infermo che sarebbe altrimenti perito.

* * *

La profilassi consiste nell'evitare le condizioni professionali ricordate innanzi. Ventilazione e igiene negli ambienti industriali, nei mulini, granai, sylos, stalle. Evitare il contatto eccessivo con cavalli, cani; adoperare le maschere di protezione; evitare le carni non ben cotte se sospette; evitare di masticare steli o grani vegetali, di fiutare erbe, ecc.

Nella terapia emerge lo jodo. Sommistrazione di joduro di potassio da 2 a 4, fino a 8 e 10 gr. al giorno per via orale. Non ho trovato sempre preferibile la via ipodermica o quella endovenosa, nè quella endotracheale o quella rettale, cui pure bisogna ricorrere in caso di intolleranza. E' utile la sominístrazione prolungata, con interruzione di 2 giorni ogni settimana. Continuare la cura per un mese almeno dopo avvenuta la guarigione: riprenderla subito in caso di ricaduta. Pinoy ha consigliato di associare alla cura jodica la dieta aclorurata quando vi sono edemi, rilevandone scomparsa di questi e maggiore tolleranza per la cura jodica Ritengo utile l'espediente già ingegnosamente proposto per la cura bromica della epilessia, perchè la diminuzione dei cloruri rende l'organismo più avido e più sensibile di fronte allo joduro, la cui sostituzione con i cloruri nell'organismo è resa più facile dalla rispettiva affinità chimica, trattandosi di sali alogeni.

Gli arsenicali, ritenuti da alcuni superiori agli stessi jodici, sono certo molto efficaci; tuttavia vanno adoperati come coadiuvanti della cura jodica, o nei casi in cui questa non sia tollerata. Ottimi i cacodilati, i metilarsinati, talora anche gli arsenobenzoli.

La cura vaccinica non è ancora entrata in una fase decisiva. Noi abbiamo avuto qualche risultato da un autovaccino anticryptococcico ricavato da un cryptococco isolato da uno dei nostri infermi: esso si è dimostrato utile anche in infermi di micosi di altro genere.

La radioterapia e la radiumterapia, la diatermia non pare si siano dimostrate utili. Non mi è riuscito di sperimentare lo pneumotorace o la frenicotomia: forse non sarà inopportuno simile esperimento.

Concludendo, io sono sicuro che più importante delle nostre relazioni nelle micosi dell'apparecchio respiratorio sarà il contributo che all'argomento porteranno le comunicazioni degli altri colleghi. In ogni modo fin d'ora si possono, al riguardo, fissare i seguenti corollarii:

a) Un buon numero di casi di affezioni, croniche sopratutto, dell'apparecchio respiratorio, di cui non si riusciva a determinare la natura vengono oggi identificati etiologicamente, appartenendo alle micosi.

b) Un buon numero di casi di affezioni croniche sopratutto, dell'apparecchio respiratorio, le quali prima, o per errore o per insufficienza di elementi diagnostici, erano dichiarati come tubercolosi o altra affezione, sono oggi identificati, come micosi.

c) Questo passo considerevole nel campo diagnostico costituisce un progresso e un benefizio notevoli nel campo profilattico e terapeutico, perchè le infezioni si sono andate attenuando, e alcune sono quasi scomparse, quando se ne sono riconosciute la etiologia, le vie di diffusione, i mezzi diagnostici, anche prima e anche senza che se ne sia risoluto il problema ideale della cura specifica.

d) Del resto, anche nel campo terapeutico, pure attendendo con fiducia la realizzazione di razionali e già bene iniziati programmi terapeutici specifici, si può già sin d'ora segnalare, come una preziosa conquista, la cura jodica, che dispiega effetti brillanti, per quanto non assolutamente costanti, nella cura delle micosi.

e) Tutte le savie e mirabili misure e leggi di previdenza sociale, di profilassi e di cura, che il Governo fascista ha così acutamente intuito e così beneficamente sanzionate per la lotta contro la tubercolosi, come per la protezione igienica del lavoro, sono, in linea generale, applicabili, con non minore benefizio sociale, anche contro le micosi.

Infine, chiudendo la mia relazione su di un tema che tante somiglianze e tante attinenze presenta con la tubercolosi, non posso non ricordare, qui nella città di lui, il nome illustre e venerando di Edoardo Maragliano, che la sua passione, il suo ingegno, tutta la sua vita ha consacrato al grande problema della tubercolosi, imprimendo in questo vasto campo, che la di lui giovinezza aveva trovato ancora oscuro e incolto, un solco luminoso e fecondo di semi preziosi, alcuni tuttora in fase di promettente germinazione, altri già in via di feconda e matura fruttificazione, per la conoscenza e la cura della tubercolosi e delle affezioni a questa affini.

Non meno cordiale è il saluto e il ringraziamento che io rivolgo al prof. Pende, degno e valoroso continuatore del Maragliano nell'insegnamento della Clinica medica in questa gloriosa Università.

Terminata la Relazione del prof. G. BORRI, ha la parola il prof. I. JACONO, di Napoli, correlatore su

PARTE II.

I miceti patogeni per l'apparecchio respiratorio, a prescindere dalla loro classifica prettamente botanica, possono essere differenziati in due grandi gruppi: funghi fermenti e fermento simili; funghi filamentosi.

Il primo gruppo comprende i blastomiceti, *sensu lato*, i quali possono essere distinti in due tipi, il tipo *a*) o blastomicetoide e il tipo *b*) o criptococcoide; nel primo tipo vanno compresi i blastomiceti così detti americani, nel secondo tipo i funghi dei generi *saccaromices* e *willia* (riproduzione per aschi e assenza di micelio), del genere *endomices* (riproduzione per aschi e presenza di micelio), del genere *monilia* (riprodu-

zione per gemmazione e presenza di micelio), del genere *criptococcus* (riproduzione per gemmazione ed assenza di micelio).

Il secondo gruppo va diviso in funghi a sottili filamenti — generi *nocardia, cohnistreptotrix, anaeromices* — e a larghi filamenti, con o senza caratteristiche fruttificazioni e struttura conidiali — generi *aspergillus, penicillium, sterigmatocistis, mucor, rizomucor, rizopus, sporotricum, hemispora*, ecc.

Nei riguardi delle affezioni micotiche dell'apparecchio respiratorio, sia per considerazioni cliniche, sia per ricerche sperimentali, la patogenicità dei miceti va considerata come un fenomeno di adattamento biologico, che si verifica per speciale polimorfismo e pleomorfismo dei funghi nei tessuti da una parte, e dall'altra per particolari condizioni di recettività dell'individuo, e per tutte quelle ragioni che rendono frequente il contatto fra questo e il micete.

Se ancora poco conosciute sono le condizioni che rendono l'individuo predisposto alla infezione, sono note invece talune professioni — allevatori di piccioni e di uccelli, pettinatori di capelli, saggiatori di the, orticultori, giardinieri, mozzi di stalla, operai di sylos, mugnai, panettieri, lavoratori delle manifatture di cotone, ecc. — che realizzano contatti frequenti e prolungati dell'uomo con i miceti e rendono quindi possibili il loro attecchimento e la esplicazione della loro azione patogena.

L'albero respiratorio può essere dai miceti invaso in tre modi: per aspirazione diretta del fungo; per metastasi sanguigna o linfatica; per propagazione diretta da un organo vicino.

I miceti agiscono nel tessuto per azione meccanica e per azione tossica, la quale ultima sarebbe dimostrata più che dall'isolamento di una vera tossina, da lesioni anatomopatologiche nei vari parenchimi a tipo degenerativo senza reperti di miceti.

Le lesioni anatomopatologiche che sperimentalmente possono nel pulmone essere determinate dai miceti si riducono schematicamente a tre forme: forma alveolare parenchimatosa o essudativa, forma nodosa o produttiva, forma mista.

Nostre speciali ricerche hanno dimostrato come alle varie forme di lesioni pulmonari corrisponda, per taluni miceti, un ciclo di riproduzione diversa, ciò che rimetterebbe sul tappeto una questione importante anche per altri microrganismi che nelle varie pubblicazioni non sembra sufficientemente studiata e che riguarda la proliferazione dei miceti nei tessuti invasi.

Interessante è il primo ciclo che noi abbiamo chiamato di alta patogenicità e che si verifica quando il fungo è virulento e l'animale è molto ricettivo: il micete pervenuto nel tessuto pulmonare non trova condizioni adatte per il suo completo sviluppo come nei terreni di cultura; con lo accorrere rapido di leucociti e di qualche cellula istiocitaria si determina facilmente lo spezzettamento e la distruzione dei filamenti miceliali, mentre le spore resistono e subiscono un processo evolutivo diverso da quello osservato in goccia pendente: infatti esse diventano perfettamente circolari, aumentano a poco a poco il volume, il loro contorno si ispessisce per la costituzione di una doppia membrana, e nell'interno, al posto del protoplasma granuloso, appaiono piccoli corpi rotondeggianti o esagonali, uguali per grandezza e per forma, si da far pensare alla formazione di un vero sporangio. In un primo periodo di tempo le spore appaiono bene stivate nello sporangio, in numero da 25 a 30 in una sezione che si osserva, ma in un secondo tempo incomincia a verificarsi una disposizione eccentrica di esse e la comparsa di un vacuolo centrale che va a poco a poco dilatandosi parallelamente all'ingrandimento dello sporangio e all'assottigliamento della sua parete: con la comparsa di tale vacuolo si ha anche una modificazione strutturale delle spore, perchè queste che in un primo tempo apparivano uniformemente colorate, diventano anch'esse vacuolate; in un periodo ulteriore si ha una dilatazione ancora maggiore del vacuolo cui consegue lo scoppio dello sporangio e la disseminazione delle spore nel tessuto. Quelle che sopravvivono alla lotta con i leucociti e le cellule istiocitarie riprendono il tipo di riproduzione anzidetta.

I leucociti dimostrano una grande attività contro i miceti durante questo ciclo di sviluppo: essi accorrono in gran numero verso gli sporangi e cercano di usurarne la membrana e distruggere le spore innanzi la loro maturità. A volte riescono nel loro intento, e non è raro il caso di vedere, nelle sezioni, questi sporangi invasi e distrutti dai leucociti, che o sono penetrati attraverso una lesione di continuo determinata nella membrana, o hanno distrutto intorno intorno la membrana stessa.

L'animale muore in un periodo di tempo che va dai 14 ai 24 giorni.

L'aspetto del pulmone, in questi casi, è caratteristico: esso è intensamente iperemico ed è aumentato di volume e di consistenza; sulla sua superficie si osservano grossi noduli di colore grigiastro, circondati da un alone iperemico o emorragico, alcuni duri, altri molli, altri contenenti una sostanza finemente granulosa che si avvicina molto alla caseosa; frequente il reperto di piccole caverne. Al microscopio si osservano le note di una pulmonite caseosa, istologicamente si rilevano fenomeni essudativi e proliferativi. Negli alveoli si riscontra un essudato ricco di fibrina e di elementi cellulari, rappresentati da leucociti ed emazie e da cellule grosse rotondeggianti con protoplasma bolloso e nucleo vescicoloso a funzione macrofagica: in alcuni tratti gli alveoli sono addirittura infarciti da vere nidiate di tali cellule. Là dove lo sviluppo degli sporangi è attivo ed intenso si osservano infiltrazioni più o meno estese e ravvicinate tra loro, prevalentemente costituite da leucociti polinucleari e da rari istiociti (microascessi) e distruzione dei setti interalveolari: in alcuni punti di tali focolai si rilevano stati di necrosi, a giudicare dalla perdita dei nuclei cellulari, dalla loro picnosi e dalla loro frammentazione; in corrispondenza di qualche lume dei più piccoli bronchi si osservano ammassi di parassiti a forma di conidi, mescolati a detriti epiteliali e a residui di leucociti: in questi tratti la parete bronchiale è spoglia del suo epitelio. Qua e là, e sempre ai confini dei focolai di infiltrazione, si rilevano organizzazioni connettivali che sostituiscono gli spazi alveolari; queste giovani barriere risultano insufficienti a contenere la progressiva invasione morbosa e solo in rari casi la circoscrivono; in qualche punto si trovano a costituire in parte la parete di una cavità vuotata del suo contenuto costituito di materiale finemente granuloso caseiforme.

Si osservano reperti di fenomeni regressivi a distanza specie a carico dei reni e del fegato. Frequenti le metastasi. La trasmissione in serie dei tessuti così invasi ad altri animali fa osservare lo esaurimento di questo speciale ciclo evolutivo e della patogenicità del fugno dopo la seconda inoculazione.

Queto ciclo di evoluzone del micete nei tessuti noi lo abbiamo denominato ciclo di alta patogenicità.

L'altro ciclo di sviluppo dello stesso micete è anche caratteristico. Esso però appare difficilmente nelle sezioni colorate e solo può essere messo in evidenza col metodo della dissociazione del tessuto pulmonare in potassa al 40% ed osservazione in glicerina. Si verifica negli animali poco recettivi: i grossi elementi perfettamente circolari che si formano dalla coltura inoculata non si differenziano in grandi sporangi simili ai precedenti, ma fanno osservare una membrana spessa, e, nel loro interno, prima un protoplasma omogeneo granulare e poi la comparsa di quattro, sei, otto ed anche più corpicciuoli perfettamente circolari che ripetono la struttura medesima del grosso elemento, cioè sono costituiti da una membrana spessa e da un protoplasma omogeneo finemente granuloso: si ha in altri termini in questo ciclo di riproduzione una maturazione delle spore completa nello sporangio istesso. In un periodo ulteriore questi elementi si ingrossano sempre più e determinano la rottura della cisti: è appunto durante o subito dopo la rottura che appaiono delle forme actinosimili intorno agli elementi rotondi resi liberi.

In questo caso il pulmone appare di colore e grandezza normale ma contiene rari o molti noduli grandi come una capocchia di spillo, specie alla base, e di consistenza varia ma non mai si osservano noduli rammolliti o caseificati.

Istologicamente si ha il reperto di un granuloma micotico con cellule tipo Langhans: rarissimi microascessi e frequenti gli ispessimenti dei setti interalveolari. Il processo evolve lentamente e la morte dell'animale si ha dopo due a quattro mesi ed anche più. Rari ma presenti i fenomeni regressivi negli altri organi; rare le metastasi.

E' un ciclo evolutivo che noi abbiamo chiamato di discreta patogenicità.

Un terzo ciclo di sviluppo del micete si ottiene negli animali poco recettivi e immunizzati: esso si compie per gemmazione, come accade per la maggior parte dei fermenti nei terreni di cultura; per osservare questo ciclo di riproduzione bisogna anche ricorrere alla dissociazione del tessuto e al trattamento di esso con potassa. A questo ciclo di riproduzione corrisponde una scarsa reazione del tessuto, così come si compie intorno ad un corpo estraneo: è un ciclo di riproduzione apatogeno.

Questi tre cicli di riproduzione si possono anche contemporaneamente osservare nello stesso tessuto, con gradazioni di modificazioni istologiche, in dipendenza dello sviluppo maggiore o minore di ciascuno di essi: è frequente l'associazione o dei primi due cicli o dei due ultimi.

La immunità acquisita, così frequente a verificarsi nelle infezioni da batteri è molto rara a riscontrarsi nelle micosi dell'apparato respiratorio.

Le ricerche sperimentali e l'apprezzamento clinico basato sopra tutto sul ripresentarsi delle micosi in vecchi focolai guariti, a volte seguite da diffusioni settiche, danno l'impressione che una vera immunità non esista nè istogena nè umorale, perchè la deviazione del complemento e l'agglutinazione trovate nella maggior parte dei casi positive non hanno carattere di sicura specificità, e stanno ad indicare solamente la eventuale formazione di anticorpi difensivi e non protettivi contro gli agenti della malattia. Sono stati anche descritti nelle micosi fenomeni anafilattici ed allergici, che rappresentano senza dubbio aspetti ancora non bene noti di fenomeni immunitari.

La diagnosi è affidata al reperto del micete nell'espettorato, al suo studio biologico completato dalle reazioni immunitarie, e alle valutazioni critiche, che sopratutto dal punto di vista clinico vanno fatte per escludere eventuali associazioni di fattori morbosi nel processo broncopulmonare.

Terminata la relazione del prof. JACONO, il PRESIDENTE fa svolgere le Comunicazioni inerenti alla Relazione.

(*Continua*).

II Congresso Italiano di Genetica ed Eugenica.

(Roma, 30 settembre-2 ottobre 1929).

In Roma, nel Salone dell'Istituto delle Assicurazioni, si è tenuto il II Congresso Nazionale di Genetica ed Eugenica, promosso dalla Società Italiana omonima.

Alla seduta inaugurale cui hanno partecipato numerose personalità è intervenuto il Sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale on. prof. Salvatore Di Marzo, il quale, portato il saluto del Governo ai partecipanti, ha rilevato che il clima storico del Regime è particolarmente propizio agli studi che formano oggetto di questa riunione, in quanto l'attuazione di un complesso programma demografico non può non risvegliare la coscienza di nuovi e più ampi problemi, che prima non si ponevano o non si reputavano degni di seria ricerca scientifica.

Si è poi levato a parlare il prof. CORRADO GINI, il quale ha pronunziato un dotto ed applauditissimo discorso.

Quindi il prof. FISCHER ha ringraziato, anche a nome dei colleghi stranieri della Federazione Internazionale di Eugenica, per l'invito loro fatto di partecipare ai lavori del Congresso.

Da ultimo il dott. LUCIANI di Ascoli Piceno ha portato il saluto dell'Associazione bacologica italiana.

Il prof. SILVESTRO BAGLIONI ha parlato delle *funzioni somatiche e genetiche* esponendo una serie di fatti, frutto delle moderne indagini sulla natura dei rapporti tra le funzioni somatiche e genetiche.

CESARE ARTOM ha trattato delle *Costituzioni genetiche nuove per mutazionismo e per incrocio;* CESARE ORTALI dell'*eunucoidismo;* il GINI ha svolto delle considerazioni sull'*eredità mendeliana nelle forme poliploidi.*

Sul tema della *fecondità e sterilità nell'ibridismo e nella consanguineità,* il prof. ALESSANDRO GHIGI ha dato conto di alcuni riusciti incroci per rintracciare nell'ibridismo l'origine di alcuni caratteri peculiari a qualche razza domestica.

Parlando degli effetti della consanguineità, CHIGI ha detto che l'esperienza desunta da talune razze di polli consente di affermare che gli effetti dannosi si manifestano spesso fino alla seconda generazione, tuttavia in certi casi non recano nessun danno alla stirpe. E passando all'uomo ha avvertito che si sarebbe limitato ad alcune questioni: la consanguineità umana non ha nulla a che fare con quella degli animali. Nell'uomo ha influenza funesta, per cui la legge vieta il matrimonio tra parenti in primo e secondo grado e sottopone a indagini l'unione tra cugini. Ma questa unione sotto l'aspetto familiare non è grave. Sotto l'aspetto sociale bisogna tener conto del fenomeno derivante dall'unione matrimoniale entro lo stesso villaggio. Le famiglie vi sono più o meno strettamente imparentate e gli eventuali fattori letali o anche semplicemente morbosi serpeggiano in tutti. Si ha l'impressione di una maggiore robustezza in tutte quelle regioni che si trovano lungo le vie di emigrazione dei popoli e di una minore bellezza di quei nuclei che hanno ricevuto di rado sangue straniero nelle loro comunità.

Il prof. PIERACCINI ha discusso dell'*anticipazione nelle malattie eredo-familiari;* e riferendosi ai pericoli più o meno esistenti della unione tra consanguinei, ha citato il caso di famiglie che sono risultate perfette e quello di Galileo Galilei che proveniva da una generazione il cui ceppo era costituito da consanguinei: da tali uomini non è dunque esclusa la possibilità della creazione del genio. Questo esempio può essere confortato dai casi di Darwin e di Bach, ricordando come nella famiglia di quest'ultimo vi sia stata una serie di musicisti.

BOLDRINI ha infirmato la bontà dei risultati del grado d'intelligenza perchè il metodo di accertamento mira piuttosto a indicare il grado di cultura, che è tutt'altra cosa.

La relazione del prof. CARLO FOÀ ha dato occasione a un lungo esame delle conclusioni cui il relatore è pervenuto, sui *fattori biologici della diminuzione delle nascite*, avvertendo che *per infecondità di una coppia si deve intendere la sua incapacità di procreare figli vitali.*

La sterilità di una coppia può essere relativa ai due individui che la compongono e non assoluta per entrambi, come può anche dipendere da una disarmonia coniugale. È ormai accertato che in un terzo almeno dei matrimoni senza prole *la responsabilità della sterilità spetta al maschio.* Fattori meccanici e dovuti a malattie ne sono le cause. Tra i secondi la blenorragia e la tubercolosi si contendono il triste primato, come la sifilide è il fattore preminente della mortalità prenatale e della mortalità in tempo brevissimo dalla nascita. Una statistica della Commissione francese per lo studio dello spopolamento dimostra che nel 1925 su 9071 prodotti dal concepimento in donne luetiche 8418 perirono prima o poco dopo la nascita e solo 635 sopravvissero i primi sei mesi. In Francia ogni anno 20.000 eredo-luetici periscono nel seno materno (mortalità del sesto mese di gravidanza o al terzo giorno dopo la nascita) e 40 mila aborti sono dovuti alla sifilide. Dei 38 mila nati morti che la Francia conta ogni anno, la metà muore per lue.

Il sen. PESTALOZZA ha riferito sulle *sterilizzazioni coattive;* M. BOLAFFIO sul *rapporto fra numero e mortalità della prole;* A. CARELLI *sul presunto aumento dei deficenti e malati mentali fra le popolazioni;* D. MEDUGNO *su la prole illegittima quale fattore disgenico.*

Il FOÀ ha richiamato l'attenzione su una recente statistica sulla mortalità delle donne all'atto di dare alla luce un figlio. Sopra 1000 parti di nati vivi morirono nel metterli al mondo: negli Stati Uniti 6,5 madri, in Italia 2,8, in Olanda 1,9. La statistica non dice quali siano le cause di queste morti. Ma poichè sembra difficile che differenze tanto grandi tra diverse nazioni siano da attribuirsi alle condizioni sociali o all'assistenza ostetrica, il relatore pensa che si possa richiamare, almeno in via d'ipotesi, la teoria della disarmonia materno-fetale.

Il crescente industrialismo è un altro tra i vari fattori biologici che determinano la sterilità nella donna cui è imposto dalla vita moderna un eccessivo lavoro fisico con perturbamento della funzione materna. Ma vi sono inoltre le infezioni veneree che tanto maggiormente si diffondono quanto più si accresce il fenomeno dell'urbanesimo; alle esagerazioni dello sport a cui si dedicano smodatamente le giovinette di alcuni paesi e sopratutto alla natura violenta, eccessiva di taluni esercizi sportivi si attribuiscono certe gravi insufficienze dell'apparato sessuale femminile, derivanti dai ripetuti e insidiosi gravi da determinare la sterilità o da diminuire la fecondità della donna.

Ora, i fattori della sterilità delle coppie sono in aumento? Il prof. GINI ha risposto a tale domanda dicendo di ritenere che alla discesa della natalità nei paesi europei non siano estranei fattori biologici e ha rilevato come vi sia una forte discesa nel livello della fecondità e quindi un sensibile aumento nel numero dei matrimoni infecondi.

Ma, ha avvertito il prof. FOÀ, per buona ventura nessuno dei fattori negativi sfugge ai rimedi. Perciò raccomanda d'intensificare la propaganda, non solo contro la lue, ma contro la blenorragia, che può diventare un male sociale per la conseguente diminuzione delle nascite. Reclama la costituzione di consultori medici per coniugi, per tutti quei casi che sfuggono all'indagine del medico ordinario e conclude con l'augurio che le ricerche in atto consentano in un tempo non lontano di prevedere se una coppia avrà figli o sarà condannata alla sterilità.

Alla discussione hanno partecipato il senatore PESTALOZZA, i professori LATTES, BOLDRINI, CAPASSO e la signorina BARZILAI.

Il prof. MIYOEN, della Università di Oslo, ha detto dei principî direttivi del lavoro per l'eugenica e il prof. ENRIQUES delle *influenze dell'ambiente e della ereditarietà*, secondo le recenti ricerche. Il prof. BILANCIONI ha illustrato il *fenomeno dell'ereditarietà nel campo della otorinolaringoiatria*, il prof. PIROVANO sugli *effetti della induzione elettrica nella embriogenesi;* il professore CASAGRANDI ha parlato dei primi tentativi compiuti per individuare l'esistenza di una patologia nemaspermica in relazione con determinate tare organiche, nuova prova della ereditarietà; G. RUGIER ha illustrato alcune *caratteristiche di professionisti immigrati in Roma.*

Il dott. LUIGI BELLEZZA, conferenziere di Educazione sessuale, ha riferito sui *Pudori e silenzii antieugenici*, commentando certi pudori ingiusti-

ficati che sono anche dannosi per lo svolgimento della lotta contro quel pericolo sociale che è rappresentato dalle malattie sessuali. Trattandosi dell'avvenire della stirpe sono pure deprecabili certe esagerazioni del segreto professionale, causa, talora, di sciagure famigliari specie per quanto riguarda la sterilità e la lue ereditaria.

Il prof. CESARE MICHELI, designato dal R. Commissario a rappresentare l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, ha riferito sull'attività che in questo campo ha svolto finora l'Opera. Dimostrò come l'attività dell'Opera Nazionale, dovesse interessare il Congresso di Eugenica. Ricordò poi le ingenti somme spese per l'assistenza materna che fu data nel 1928 a 2000 gestanti ricoverate anche molto tempo prima del parto, a 20.000 gestanti che frequentarono i refettori materni nello stesso anno, a 82 ambulatori che nel 1928 dettero consultazioni e assistenza ad oltre 150 mila tra bambini e gestanti.

Disse degli istituti modelli che in Italia e anche a Roma, come l'Asilo Materno, come l'Istituto Materno Regina Elena, assolvono bene il loro compito nella assistenza alle madri nubili. Concluse che non è dubbio che l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia abbia assolto il suo compito nei riguardi dell'Eugenica.

Espose poi un nuovo programma di lavoro per l'immediato avvenire nel quale sono compresi ambulatori e consultori ostetrici in gran numero. Sono comprese in numero sempre più grande le conferenze di propaganda di assistenza materna ed eugenica, portate più vicino alle gestanti, nei centri rurali anche minori.

Si augurò che con tutte queste provvidenze sarà diminuito presto il numero delle madri che annualmente muoiono in Italia per dar luce al figlio o in conseguenza immediata di questa loro nobile missione. Accennò ad una proposta che è nella mente di tutti gli ostetrici, la denuncia della gravidanza, che, da prima volontaria e provocata potrebbe in seguito divenire anche per legge obbligatoria. Dichiarò da ultimo che l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia segue fedelmente le direttive del Capo del Governo, che ne ebbe per primo la geniale visione.

Bellissima la relazione del prof. LEONE LATTES *sui gruppi sanguigni ed ereditarietà;* e molto apprezzata quella di M. BOLDRINI su *qualità e quantità*.

In occasione del Congresso la Federazione Internazionale delle Organizzazioni Eugeniche, presieduta dal biologo americano C. DAVENPORT, direttore dell'Istituto di Genetica della Fondazione Carnegie, ha tenuto in Roma, per invito del Governo Italiano, la consueta sessione autunnale.

Oltre a questioni di organizzazione federale le discussioni, dirette dal DAVENPORT, hanno avuto per argomento principale il rapporto circa il piano di studio sugli effetti eugenici e disgenici della guerra, presentato dal prof. CORRADO GINI, presidente dell'Istituto Centrale di Statistica.

In una riunione, presieduta dal prof. GINI, i rappresentanti dei diversi Stati in seno alla Federazione hanno prospettato la necessità di approfondire gli studi sugli effetti degli incroci di razza portando larga messe di esperienze e di osservazioni personali.

L'on. MUSSOLINI, che segue con particolare interesse tutti gli studi che mirano alla conservazione della razza, ha voluto conoscere gli esperti stranieri, i quali, presentati dal GINI, sono stati ricevuti dal Duce a Palazzo Venezia.

Il prof. FISCHER, direttore dell'Istituto di Antropologia e di Eugenica di Berlino, rappresentante della Germania, ha esposto al Duce i compiti che la Federazione si propone di fronte alla presente situazione demografica dell'Europa e ai gravi pericoli cui le nostre popolazioni vanno incontro se non si frenano tendenze perniciose all'avvenire delle razze, esprimendo l'entusiasmo degli studiosi stranieri per l'opera che il Governo italiano va compiendo in questo campo.

L'on. MUSSOLINI, dopo aver seguito con intensa attenzione la lettura dell'indirizzo ed essersi congratulato con l'autore e i suoi colleghi, si è intrattenuto a lungo sull'argomento cogli ospiti, i quali hanno lasciato Palazzo Venezia pieni di ammirazione per la profondità delle argomentazioni del Duce e di commozione per la cordialità delle sue parole. *g. b.*

III Congresso Nazionale Antitubercolare.

(*Continuazione e fine, vedi numero precedente*).

Seduta antimeridiana del 9 ottobre.

Presidenza del prof. MANFREDI.

Si svolge la relazione del prof. AMODEI-ZORINI e dell'ing. RAFFO su: *Impianti igienici per lo smaltimento e la distruzione dei materiali di rifiuto nei sanatorii e ospedali per tubercolosi.*

Essi osservano che per ciò che riguarda rifiuti solidi, spazzature, materiale di medicazione, cadaveri di piccoli animali da esperimento non vi è dubbio che l'unico sistema da adottarsi sia quello della distruzione a mezzo di apposito forno. I residui di cucina si possono dare agli animali, purchè prima bolliti. Gli espettorati distrutti o bolliti primi di venire immessi nella fognatura. Sarebbe quindi desiderabile — essi dicono — che tale pratica fosse resa obbligatoria nei sanatorii e nelle case di cura per tubercolosi. Allo stesso modo sarebbe desiderabile che le urine e le feci fossero convogliate a parte in appositi autoclavi per la sterelizzazione. Tale procedimento, però, non potendosi per ragioni economiche estendere a tutto un sanatorio dovrebbe almeno essere applicato nel reparto ove vengono raccolti i malati di tubercolosi intestinale. Le acque provenienti dai varii ambienti di un sanatorio — infette — devono andare sottoposte a depurazione. Circa il metodo da seguire per la depurazione delle acque luride di un sanatorio si può affemare che, dal punto di vista igienico, i metodi biologici da soli non soddisfano appieno e che solamente l'associazione del processo chimico con quello meccanico o biologico offre la possibilità di buoni risultati. Tra le varie sostanze usate il cloro gassoso appare più economico e di più pratica applicazione; esso va introdotto alla dose di 10-20 gr. per mc. di acque nere, a secondo della loro concentrazione. Sarà necessaria che la massa bruta del liquame, prima della clorazione, subisca una sedimentazione od un trattamento biologico, per potere ridurre le sostanze organiche sospese e permettere una disinfezione più rapida e sicura. Questo deve costituire in linea di massima il criterio di guida per la costruzione di nuovi impianti, e si impone come regola assoluta, nel caso di sanatorii siti in vicinanza dell'abitato che non dispongono di un razionale

sistema di fognatura o quando vi sia pericolo di grave inquinamento di acque superficiali. Bisogna però riconoscere che non sempre sarà necessario arrivare a questo grado di depurazione, stante la possibilità di eliminare la maggior parte di contenuto batterico virulento con la distruzione di sputi ed eventualmente con la sterelizzazione delle feci più infette. Se il sanatorio sorge alla periferia di una città munita di razionale fognatura si potrà senza danno allacciare direttamente il collettore delle acque sanatoriali con la rete cittadina. Se invece il sanatorio sorge in località del tutto isolata, pianura o montagna, e possa immettere la massa lurida in un corso di acqua di notevole portata ove i processi di auto-depurazione si compiono prima di raggiungere luoghi abitati, si potrà fare a meno della disinfezione chimica e limitarli a metodi meccanici e biologici.

Il trattamento dei fanghi, finalmente, — e questo è un problema molto grave per impianti in grandi città — riveste scarsa importanza nel caso di un sanatorio, data la quantità limitata dei fanghi stessi.

Un metodo che potrà essere utilizzato è quello di sotterrarli in fosse profonde circa un metro, dopo essiccamento all'aria su appositi letti di ghiaia e sabbia, attraverso i quali filtra la maggior parte di acqua.

Sulla relazione del prof. AMODEI-ZURINI e dell'ing RAFFO prendono la parola il prof. CARAPELLE di Palermo e il prof. MENDES di Roma.

LEOTTA svolge una comunicazione sull'alcoolizzazione dei nervi intercostali come mezzo per mettere in riposo funzionale il polmone tutte le volte che non è indicato il trattamento col pneumotorace. La comunicazione è illustrata da proiezioni.

ASCOLI MAURIZIO crede che questo metodo sia analogo al pneumotorace controlaterale.

MORELLI dice invece che esso risponde al concetto fondamentale della immobilizzazione del polmone affetto che guidò il FORLANINI e si augura che il metodo proposto abbia vasta applicazione.

ILVENTO riferisce — anche a nome del prof. MAGGIORE — sulle infezioni tubercolari attenuate riscontrate nella cavia che spiegano molti casi di infezione nell'uomo.

ILVENTO riferisce insieme al dott. BOCCHETTI, sulle ricerche condotte nel sanatorio militare di Anzio con iniezioni di vaccino tubercolare vivo nella cornea di coniglio. Espone i risultati avuti dagli esperimenti fatti su 40 conigli, risultati che per ora consigliano ulteriori ricerche e la più grande cautela nell'uso di questo vaccino a scopo di profilassi antitubercolare.

ASCOLI ALBERTO riferisce sul fenomeno di anacoresi con l'uso di vaccini vivi e morti.

Quindi sotto la presidenza del prof. RONZONI vengono svolte le seguenti relazioni:

ARNONE (Palermo) riferisce su *la raccolta pleurica parapneumotoracica è tutta dovuta a pleuriti essudative?*

LANDOLFI (Napoli). *Tubercolosi e paramalaria.*

CECCHINI (Milano). *Le malformazioni congenite ed acquisite del torace studiate dal punto di vista radiologico.*

D'ASARO (Palermo). *Valore dei coefficienti di accrescimento nel valutare il decorso che assume il processo tubercolare.*

DE ANGELIS (Napoli). *Tubercolosi larvate a tipo malarico.*

LAURI (Napoli). *I fenomeni interferenziali fra tubercolosi e paramalaria.*

MAGLIULO (Napoli). *Sul processo precocissimo della diagnosi T. P. mediante la tiroidina.*

RONZONI (Milano). *Linfogranuloma e infezione tubercolare.*

BOCCHETTI (Roma). *La virulenza comparativa dei germi tubercolari in rapporto alle forme cliniche della tubercolosi.*

BOCCHETTI (Roma). *Sul metodo pratico per la sterelizzazione degli escreati nelle istituzioni antitubercolari.*

D'ASARO (Palermo). *Schema neutrofilo di Arneth nei tubercolotici con leucolisine.*

FICI (Palermo). *La morfologia clinica dei figli dei tubercolotici.*

LAURI (Napoli). *Viscosità del sangue e processo tubercolare.*

MANFREDI (Palermo). *In tema di filtrabilità del virus tubercolare.*

RONCHETTI. *Il virus filtrato studiato con metodi biologici.*

ARNONE (Palermo). *Influenza del pneumotorace sull'apparato circolatorio.*

CINQUEMANI (Palermo). *Azione terapeutica dei sali di oro nella tubercolosi polmonare.*

CINGUEMANI (Palermo). *Su di un nuovo tipo di ago per la istituzione del pneumotorace terapeutico.*

EPIFANIO (Palermo). *Ulteriori operazioni radiologiche sul pneumotorace artificiale.*

FICI (Palermo). *Il pneumotorace terapeutico simultaneo bilaterale.*

MAGLIULO (Napoli). *La cura calcica inalante della tubercolosi.*

Seduta pomeridiana del 9 ottobre.

Presidenza: MANFREDI.

Presenti il Prefetto, il Podestà, tutti i congressisti e le Dame della Croce Rossa qui convenute in Congresso è stata fatta la cerimonia di chiusura.

Hanno parlato l'on. PAOLUCCI che ha espresso il più vivo compiacimento per la maniera come si è svolto il Congresso ed ha lodato l'organizzazione del dispensario di Palermo, diretto dal prof. SAGONA, chiedendone le fotografie perchè siano pubblicate nel Bollettino della Federazione. Elogia l'opera del prof. MANFREDI, e quella di alcune Dame che presiedono istituti di assistenza e di cura per l'infanzia. Ha presentato a nome della Federazione e dei Congressisti un cofano d'argento al prof. MANFREDI in omaggio e ricordo.

Ha risposto commosso il prof. MANFREDI.

Ha parlato anche la marchesa TARGIANI per le Dame della Croce Rossa.

Sono stati quindi votati ad unanimità i seguenti ordini del giorno:

« Il III Congresso della Federazione Nazionale Antitubercolare per la lotta contro la tubercolosi; avuta presente la necessità che l'assicurazione

contro la tubercolosi venga sempre più estesa fino ad allacciare tutti gli Italiani che possono, ad un determinato momento, avere necessità dell'assistenza; fa voti che l'assicurazione sia intanto estesa al più presto agli insegnanti per procurare loro l'assistenza tempestiva ed eliminare il grave dilemma che tanto frequentemente si presenta agli occhi del medico: lasciare l'insegnante stesso nella scuola con pericolo di contagiare gli scolari, eliminarlo a tempo indeterminato, e tagliarlo fuori della sorgente di guadagno su cui si poggia la sua esistenza.

MANFREDI — MORELLI — ILVENTO ».

Ordine del giorno.

« Il III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, considerando che il decreto 27 ottobre 1927, n. 2055 impone l'obbligo di assicurarsi contro la tubercolosi a tutti quelli che sono obbligati all'assicurazione contro la vecchiaia e quindi non comprende i mezzadri, i piccoli proprietari agricoli, la classe impiegatizia e tutti gli altri appartenenti alla così detta classe povera, ma che non sono per varie ragioni assicurati contro la invalidità e vecchiaia; che i *motivi* che hanno determinato il legislatore a ritenere una forma di previdenza non indispensabile quella riguardante i rischi della invalidità e vecchiaia per mezzadri ed altre classi povere, *non hanno evidentemente lo stesso valore nei riguardi della tubercolosi, che richiede cure ed assistenza* dispendiosissime e lunghe nei Sanatori, tubercolosari ed in altri istituti; fa voti affinchè sia esteso l'obbligo dell'assicurazione contro la tubercolosi ai mezzadri, affittuari e piccoli proprietari agricoli, nonchè ad altre classi povere e che attualmente non sono assicurati, in modo che la lotta possa essere condotta anche per queste classi di cittadini italiani, con tutta l'efficacia necessaria, voluta dal Duce e dal Governo Nazionale ».

Dott. I. GRATCH, Ufficiale Sanitario di Ravenna (in rappresentanza dell'On. CELSO CALVETTI, Podestà di Ravenna).

« Il III Congresso Nazionale Antitubercolare fa voti al Ministero dell'Interno perchè tutte le Provincie portino al massimo consentito dalla legge la quota comunale per i Consorzi Antitubercolari ».

GERMANO.

« Il III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi; udite le relazioni GIANNINI e SAGONA sui rapporti fra regime assicurativo e regime consorziale nella organizzazione della lotta antitubercolare in dipendenza del Consorzio e coll'affiancamento funzionale dei medici condotti; visti i Risultati dell'esperimento di attuazione del Metodo Italiano di lotta antitubercolare in un gruppo di Provincie del Regno; fa voti: 1) che venga disposto onde i Consorzi Provinciali antitubercolari debbano avvalersi del Contributo che col Metodo Italiano i medici condotti recano alla campagna antitubercolare; 2) che il rappresentante dell'A. N. F. M. C. entri di diritto nella G. E. del Consorzio; 3) che il Dispensario antitubercolare funzioni conformemente ai principii informatori fondamentali stabiliti dal II Congresso Nazionale antitubercolare ».

FAGIOLI — A. CAMPANI — D. SALVINI.

Ordine del giorno presentato dal Comitato Provinciale.

« Associazione Famiglie Caduti in guerra al Congresso antitubercolare.

« Il Comitato Provinciale dell'Associazione Nazionale Famiglie dei Caduti in guerra di Palermo, aderente al III Congresso antitubercolare;

« rilevato che la classe dei congiunti dei Caduti in guerra e in ispecie delle vedove e degli orfani, è la maggiormente colpita dallo inesorabile male della tubercolosi, e ciò per ragione della miseria in cui versano e del contagio avuto con i reduci che ebbero a contrarre tale malattia in guerra; ritenuto che il Congresso non può non prendere in considerazione tale constatazione per i rimedi di carattere sociale da additarsi in favore di tale classe, fa voti perchè il Congresso, persuaso della gravità e della urgenza di rimedi al particolare problema voglia proporre provvedimenti adatti alla sua necessaria risoluzione ».

STEFANIA BORGESE, delegata provinciale Ass. Famiglie Caduti, Commissaria alla Sezione di Palermo.

« Gli studiosi di tisiologia convenuti al III Congresso Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, udita la dotta relazione del prof. BUSI e PAOLUCCI, rilevando la grande importanza sociale degli studi intrapresi dai relatori; fanno voti perchè l'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, tanto benemerita nella lotta per la protezione del bambino, continui a sussidiare le importanti ricerche, iniziate dai suddetti scienziati, che saranno una azione decisiva nella lotta antitubercolare e saranno di prezioso aiuto per il miglioramento della razza italica e per la grandezza della Nazione; perchè la ricerca sistematica venga estesa ad altri gruppi di fanciulli e ad altre regioni d'Italia nello scopo di conoscere lo stato di diffusione della malattia ed organizzare l'assistenza in questa età e in questo periodo, quando le possibilità di cura e di guarigione sono massime ».

CALANDRA — ILVENTO

Assemblea
della Federazione Fascista Antitubercolare.

L'assemblea della Federazione Fascista Antitubercolare si è riunita sotto la presidenza dell'On. prof. RAFFAELE PAOLUCCI.

Il prof. MENDES fa la relazione morale della Federazione ed il prof. DELLA SETA il resoconto finanziario.

Viene acclamata Bologna a sede del prossimo Congresso.

L'Ufficio di presidenza della Federazione viene così composto: Presidente: on. prof. RAFFAELE PAOLUCCI; V.-Presidenti: sen. prof. EDUARDO MARAGLIANO, on. prof. EUGENIO MORELLI, prof. ARCANGELO ILVENTO.

Segretario Generale: dott. FEDERICO BOCCHETTI.

Tesoriere: dott. ESCHILO DELLA SETA.

Consiglieri: i proff. GUIDO MENDES, GAETANO RONZONI, G. B. ROATTA, V. FICI, C. BENEDETTI, PIETRO ZANELLI, ANDREA FERRANNINI, EMILIO RICCI, GUIDO MOLON, LORENZO CHERUBINI.

Delegati regionali: proff. ARTURO CAMPANI, LUIGI SAGONA, GIOACCHINO BRECCIA, ANTONIO FAGIOLI.

CUSUMANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di morte improvvisa dovuta alla occlusione del laringe da parte di due ascaridi lombricoidi.

M. B. Duncan Dixey (*Edinburgh Medical Journal*, febbraio 1929) descrive il caso di una bimba di otto anni e mezzo, la quale, mentre tornava da una fonte ove aveva attinto dell'acqua, cadde improvvisamente a faccia avanti respirando affannosamente e in brevissimo tempo morì.

All'esame post-mortem si riscontrò anzitutto schiuma nel naso e nella bocca. I visceri toracici e addominali apparvero congesti, ma privi di lesioni patologiche. Nel laringe si rinvennero due grossi ascaridi lombricoidi, disposti in modo da occludere completamente il lume dell'organo. Nello stomaco fu trovato un altro verme ed altri due nel grosso intestino.

La morte della bimba avvenne con grande probabilità per asfissia causata dall'occlusione del laringe prodotta dai due vermi. Questi erano risaliti dallo stomaco e forse la respirazione più forte risultante dallo sforzo compiuto nel portare l'acqua aveva causato la loro inspirazione nel laringe, l'occlusione di questo e l'asfissia. VICENTINI.

Gozzo aberrante della regione dello pneumogastrico di sinistra.

Cornioley et Second (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, n. 7, 1929, p. 286) espongono il caso di un uomo di 35 a. che soffriva da molto tempo di dispnea da sforzo e di tosse continua; irregolarità del polso saltuariamente. Il 12 settembre 1927 si presentò all'ospedale in condizioni gravi: polso impercettibile, 30 pulsazioni per minuto, ed il sollevamento della testa produceva uno stato sincopale; occhi vitrei, tinta cadaverica. Ambascia respiratoria, con respirazione di Cheyne-Stockes. Con riposo e cure mediche le condizioni generali del paziente migliorarono.

L'esame obbiettivo dimostrò il cuore perfettamente normale, così come gli altri organi cavitarii. Nel mezzo della regione carotidea sinistra presentava una tumefazione ovalare quanto una grossa uliva, a limiti netti, dura, mobile, spostabile, non pulsante. Pinzettando la tumefazione si provocava immediatamente una crisi intensa di dispnea improvvisa, con caduta del polso a 40. Tale crisi cessava dopo 5 minuti.

L'operazione dimostrò che la tumefazione, risiedendo nella guaina dei vasi, a 2 cm. circa dalla biforcazione della carotide primitiva, era situata in avanti dello pneumogastrico, che era addossato e normale. Asportazione della tumefazione, la quale fu dimostrato essere una tiroide ubernante.

Nei giorni seguenti la dispnea cessò interamente ed il polso risalì a 72-75, e si ebbe guarigione completa definitiva.

L'interesse di questa osservazione sta nel contrasto fra i fisiologi ed i chirurgi riguardo alle lesioni del vago. Innanzi tutto è a rilevare come la vagotonia unilaterale non determina mai alcun accidente. Invece mentre la eccitazione del vago negli animali non produce mai la morte, anche se si arresti per qualche minuto il cuore, nell'uomo una serie di osservazioni stabiliscono che l'irritazione brusca e violenta produce una sincope, che perdura anche se è cessata la causa dell'irritazione, salvo qualche caso nel quale furono praticate le manovre di rianimazione (massaggio del cuore, respirazione artificiale).

Inoltre nell'uomo sembra che sopratutto la eccitazione del capo centrale di sezione dello pneumogastrico determina un'azione riflessa con rallentamento del cuore. Ciò proverebbero i casi operati da Venot e da Weber.

Molto più raramente studiati sono i casi di disturbi provocati da irritazione lenta di un tumore sul vago. Ne fu descritto qualche caso in gozzi. Ma nei gozzi aberranti della regione carotidea non furono mai segnalati tali disturbi, che furono descritti in qualche caso di tumori del collo di altra natura. JURA.

La respirazione artificiale.

La respirazione artificiale rappresenta il mezzo più efficace, che può essere applicato in tutti i casi di asfissia o di difficoltata respirazione; oltre ai casi di infortunio da elettricità, sono da ricordare l'annegamento, l'avvelenamento da gas, alcuni « shock », come quello traumatico, da cloroformio e da sostanze tossiche in genere.

Sul metodo migliore di compiere tale respirazione si è pronunciata una Commissione nominata dall'Associazione Nazionale per la prevenzione degli infortuni, composta in parte di medici ed in parte di ingegneri, arrivando alle conclusioni seguenti, che riportiamo da *La Medicina del lavoro* del 31 gennaio 1929.

Non vi sono casi di controindicazione; essa va sempre tentata e vi si può associare la somministrazione di ossigeno, oltre alla applicazione di revulsivi esterni e l'iniezione di sostanze eccitanti (etere, caffeina, canfora, adrenalina od altre) eventualmente per via endovenosa od intracardiaca.

I migliori metodi finora indicati sono i seguenti: Sylvester, Pacini, Calliano, Schaeffer, Colzi. I primi tre sono abbastanza noti. Diremo degli altri.

Metodo Schaeffer. Paziente sdraiato sul ventre con un braccio disteso oltre la testa, l'altro piegato a gomito; faccia voltata verso il braccio disteso ed appoggiata sull'altra mano od avambraccio, in modo che il naso e la bocca siano liberi. Operatore in ginocchio, a caval-

cioni dell'infortunato, con le ginocchia distaccate dalle anche. Appoggiate le palme delle mani sui fianchi dell'infortunato, con le dita sulle costole, in modo che il mignolo tocchi l'ultima di esse ed il pollice, colle altre dita si trovi in posizione naturale; tenendo le braccia rigidamente distese, l'operatore porta il proprio corpo lentamente in avanti, in modo che il suo peso venga a gravare poco a poco sul paziente; le spalle dell'operatore, alla fine del suo movimento, devono trovarsi verticalmente al disopra delle sue mani.

Metodo Colzi. Individuo come nella posizione di Sylvester. Torace scoperto, operatore dietro il paziente, un po' più elevato. Si afferrano, con le due mani, i due pilastri anteriori dell'ascella e si eseguono trazioni ritmiche e lente (12-16 al minuto) tirando i pilastri ascellari obliquamente in alto e verso di sè, mantenendoli per uno o due secondi in trazione e, quindi, rilasciandoli.

Per venire ad una decisione, la Commissione ha preso in esame i due metodi più noti (Sylvester e Schaeffer) che avevano al proprio attivo i buoni risultati dell'esperienza di anni ed ha istituito delle esperienze spirometriche, ottenendo i risultati seguenti.

Metodo Sylvester. Durante la fase massima dell'inspirazione passiva (provocata indipendentemente dalla volontà dell'individuo) si ottennero con lo spirometro dei valori doppi e talora tripli di quelli ottenuti nella fase massima della espirazione passiva.

Metodo Schaeffer. Durante la fase massima dell'inspirazione passiva, i dati dello spirometro erano all'incirca uguali a quelli ottenuti nella fase massima della espirazione passiva; talvolta i valori dell'inspirazione superavano quelli dell'espirazione, ma non raggiunsero mai il doppio. Differenza essenziale fra i due metodi, si è che la velocità con la quale l'aria entrava od usciva nell'apparecchio era molto superiore col metodo Sylvester; e ciò perchè, con quello di Schaeffer, l'inspirazione è lasciata al rilasciamento della cassa toracica a mani dell'operatore.

Col metodo Colzi, i valori ottenuti si avvicinano a quelli del Sylvester, anzi talvolta li superano.

Per quanto riguarda l'applicazione pratica, la Commissione ha osservato quanto segue.

Metodo Sylvester. È il più usato in Italia; con esso, si ottiene, ad arti superiori integri ed a torace normale, una inspirazione passiva di alto grado. Esige pochi sforzi, può essere praticato da una o due persone contemporaneamente. Può portare a contusioni od a lesioni delle articolazioni scapolo-omerali, se è protratto molto a lungo e da persone non molto esperte.

Metodo Schaeffer. Ha il vantaggio che si può applicare anche in individui con arti superiori lesi. Deve essere praticato da una persona sola e richiede da questa sforzo intenso, localizzato soltanto a determinati gruppi muscolari (polsi, mani). Se praticato da persona inesperta, o con sforzo non ben dosato, può condurre a gravi inconvenienti (lesioni costali, epatiche, rottura di aderenze pleuriche, ecc.).

Se lungamente applicato, richiede l'intervento di parecchie persone e non sarà possibile ottenere che lo sforzo di ognuno sia efficace come quello degli altri. Inoltre, l'inspirazione passiva che con esso è possibile ottenere non raggiunge l'ampiezza e l'efficacia ottenibile col metodo Sylvester.

Metodo Colzi. Richiede, come quello di Schaeffer, sforzo intelligente e localizzato a determinati gruppi muscolari; il risultato ottenuto però si avvicina a quello di Sylvester.

La Commissione conclude proponendo l'adozione ufficiale in Italia del metodo Sylvester; consiglia però di studiare la possibilità di usare dei mezzi meccanici per la respirazione artificiale, in modo da ottenere un apparecchio, che riproduca tanto il metodo Sylvester quanto quello Schaeffer. *fil.*

L'iperaerazione polmonare come misura profilattica della polmonite.

L'iperaerazione polmonare, ottenuta facendo respirare profondamente, con inalazione di biossido di carbonio convenientemente diluito, si è dimostrata efficace, secondo Y. Henderson e H. W. Haggard (*Journ. A. M. A.*, 9 febb. 1929) nella prevenzione della polmonite postoperatoria e in quella che può seguire all'asfissia da ossido di carbonio.

Dopo l'anestesia e l'asfissia, infatti, la respirazione ha tendenza a deprimersi, e in questo periodo di respiro debole una parte dei polmoni può restare non aerata, divenendo atelettasica, e andando così soggetta a flogosarsi. La distenzione di queste aree collassate, per la respirazione profonda indotta dal biossido di carbonio malato, evita l'atelettasia e previene la polmonite.

In parecchie città americane sono stati perciò applicati gli inalatori, comunemente usati dai pompieri e dalle squadre di soccorso delle compagnie del gaz per la cura dell'asfissia da ossido di carbonio, addirittura per curare i polmonitici nei primissimi stadi della malattia, allorquando si può ancora sperare di vincere lo stato di atelettasia.

Tanto in questi casi, come nel trattamento profilattico della polmonite postoperativa e postasfittica, la diluizione del biossido nell'ossigeno sarebbe del 5 %. M. FABERI.

L'endoscopia per l'estrazione dei corpi estranei nelle vie aeree e nell'esofago.

A. Zambrini (*Rev. de Med. Lat. Am.*, ottobre 1928) dopo una succinta enumerazione dei diversi modi di penetrazione dei corpi estranei nelle vie aeree e nell'esofago, fa osservare la importanza della profilassi, in special modo nei bambini e negli alienati. L'A. espone poi una serie di metodi (interrogatorio, esame clinico e radiologico, endoscopia, ricerca del-

l'eliminazione del corpo estraneo per le vie alte o nelle feci) per poter fare una pronta diagnosi ed un'esatta localizzazione (apparato respiratorio, tubo digerente) del corpo estraneo.

Grande importanza l'A. dà alla laringoscopia diretta, della quale descrive la tecnica ed i vantaggi. Consiglia di dare la preferenza a questo metodo nei casi di corpi estranei laringei, specialmente nei bambini, una volta fatta la tracheotomia. La laringoscopia diretta permette anche di osservare tutta la trachea e serve, inoltre, all'introduzione degli apparecchi speciali per la tracheobroncoscopia.

Di quest'ultima l'A. ne descrive la tecnica, consigliando di evitare la anestesia nei bambini; negli adulti si può usare l'anestesia locale, con cocaina all'8 % e al 20 %, od anche l'anestesia generale in alcuni casi.

Infine l'A. parla dell'esofagoscopia ed anche di questa ne descrive la tecnica e gli apparecchi in uso. I benefici che a volte si hanno con essa sono veramente grandi, tuttavia l'A. ricorda come questa non deve essere mai praticata negli infermi con aneurismi, nei malati di cuore, nei casi di forte ipertensione, ecc.

Sconsiglia l'uso di apparecchi o di tubi a mandrino, potendo essi a volte anche impedire di vedere il corpo estraneo, ma sopratutto raccomanda molta prudenza nel praticare l'endoscopia e nelle manovre di estrazione di questi corpi, ricordando sempre il saggio proverbio *primum non nocere*. A. Pozzi.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La figura giuridica dell' Ufficiale sanitario.

Con questa rubrica — che il « Policlinico » ebbe già ad istituire e che viene ripristinando dopo una sosta non breve — intendiamo illustrare, da un punto di vista eminentemente pratico, le varie forme di attività che l'Ufficiale Sanitario deve esplicare per la difesa igienica delle popolazioni affidate alla sua tutela, in applicazione delle leggi e dei regolamenti vigenti in materia sanitaria.

Prima, però, di passare ad esaminare questioni singole, è opportuno accennare, sia pure brevemente, alla figura giuridica dell'Ufficiale Sanitario ed alla sua posizione nel complesso meccanismo della nostra organizzazione sanitaria.

La tutela della sanità pubblica nel Regno spetta, per legge, al Ministro dell'Interno, e, sotto la sua dipendenza, al Prefetto ed al Podestà (art. 1 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1° agosto 1907 n. 636).

Questi organi, che hanno carattere politico ed amministrativo, per esercitare la speciale funzione loro affidata dalla legge, dispongono di uffici di carattere tecnico costituiti, presso il Ministero dell'Interno, dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, ufficio nel quale sono insieme rappresentate le competenze giuridiche e amministrative e quelle tecniche (medici, veterinari, chimici, ingegneri); presso il Prefetto dall'Ufficio Sanitario Provinciale, composto di uno o più medici e veterinari provinciali.

Parallelamente a questi organi esistono due corpi consultivi: il Consiglio Superiore di Sanità, presso il Ministero, ed il Consiglio Provinciale di Sanità, presso la Prefettura.

Il Podestà esplica le funzioni di tutela della salute pubblica, nell'ambito del territorio comunale, valendosi dell'Ufficiale Sanitario. L'Ufficiale Sanitario perciò è il consulente tecnico del Comune ed insieme l'esecutore delle disposizioni e degli ordini emanati, in materia sanitaria, dal Podestà od impartiti dal Prefetto, su proposta del medico provinciale, od anche direttamente da quest'ultimo.

La figura giuridica dell'Ufficiale Sanitario è precisata nettamente dall'art. 20 del ricordato Testo Unico delle Leggi Sanitarie, il quale stabilisce che gli Ufficiali Sanitari Comunali sono considerati come Ufficiali governativi e come tali dipendono direttamente, oltre che dal Podestà o dal Presidente del Consorzio (nel caso di Ufficiali Sanitari consorziali), dall'Autorità Sanitaria Provinciale con la quale corrispondono e della quale eseguiscono gli ordini. La sostituzione di questo articolo con l'art. 29 del R. Decreto 30 decembre 1923, n. 2889, che indica in luogo dell'Autorità Sanitaria provinciale quella circondariale, ha praticamente perduto ogni importanza colla avvenuta abolizione delle Sottoprefetture e dei Medici circondariali.

Dal punto di vista della funzione, possiamo riconoscere, nel nostro ordinamento sanitario, due organi di carattere strettamente consultivo: il Consiglio Superiore di Sanità ed il Consiglio Provinciale di Sanità, e tre organi di carattere esecutivo: la Direzione Generale di Sanità, l'Ufficio Sanitario provinciale, l'Ufficiale Sanitario Comunale (nei grandi Comuni rappresentato da un Ufficio d'Igiene alle dipendenze dell'Ufficiale Sanitario).

Tralasciamo per brevità di accennare ai servizi sanitari di confine e di porto, dipendenti direttamente dalla Direzione Generale di Sanità, ed ai Laboratori di profilassi e di vigilanza igienica, dipendenti dalle Amministrazioni provinciali (dei quali ricorderemo a suo tempo i rapporti che possono avere cogli Ufficiali Sanitari); nonchè ad altri servizi sanitari che, a norma del R. Decreto 30 dicembre 1923, sono stati attribuiti alle Amministrazioni provinciali.

Occorre però ricordare che, nei Comuni, oltre l'Ufficiale Sanitario, esistono i Medici Condotti. Essi, per quanto abbiano prevalentemente il compito dell'assistenza sanitaria (gratuita per i poveri, a pagamento secondo speciali tariffe per gli abbienti), sono chiamati dalla legge anche ad esercitare funzioni di tutela della sanità pubblica, sempre subordinatamente alle direttive delle Autorità Sanitarie superiori.

Infatti l'art. 33 del citato R. Decreto 30 decembre 1923 dice: « I medici condotti hanno l'obbligo di cooperare alla esecuzione dei provvedimenti di igiene e di profilassi che siano ordinati dall'Autorità Sanitaria Comunale e dalle Autorità Superiori, e, nell'ambito della rispettiva condotta, devono disimpegnare il servizio antimalarico e quello di vaccinazione, anche se i capitolati d'oneri non ne facciano espresso cenno ».

I medici condotti perciò, almeno per alcune delle loro mansioni, partecipano alla funzione esecutiva che, nell'ordinamento sanitario del nostro Paese, è attribuita agli Uffici Sanitari Comunali. È da aggiungere che in un gran numero di Comuni rurali le cariche di Ufficiale Sanitario e Medico condotto sono riunite nella stessa persona.

L'Ufficiale Sanitario rappresenta quindi l'ultimo anello della catena formata dai vari elementi preposti alla difesa della pubblica salute. Ma questa sua inferiorità di situazione, nei diversi gradi della gerarchia di servizi che abbiamo brevemente tracciata, non deve affatto interpretarsi come segno di minor valore ed importanza delle sue funzioni.

Anzi dobbiamo rappresentarci l'Ufficiale Sanitario come il soldato che affronta direttamente il nemico, come la sentinella avanzata dell'esercito istituito per difendere il paese dai molteplici pericoli che insidiano la salute e la vita dei cittadini. Come un esercito non consegue la vittoria delle armi, se al sapere ed al valore dei condottieri non corrisponde la fedeltà ed il coraggio del fante che corre all'assalto, così riuscirebbero vane le migliori leggi in materia sanitaria, e le più perfette organizzazioni centrali dei relativi servizi, se venisse a mancare alla periferia l'opera zelante ed illuminata dell'Ufficiale Sanitario, al quale, in ultima analisi, spetta l'applicazione di quelle leggi e la pratica esecuzione degli ordini emanati dagli organi direttivi.

L'Ufficiale Sanitario deve avere viva coscienza dell'alta importanza di questa sua funzione e deve cercare di rendersene sempre più degno, elevando la propria cultura e adempiendo scrupolosamente il proprio dovere.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Epilatorio. — Al dott. P. C., da Agrigento:

Una buona formula di pasta epilatoria è quella consigliata da BRISSON-DARIER:

Solfuro di bario	g. 7
Citrato di soda	» 2
Ossido di zinco / Amido	ana g. 10
Essenza di verbena	goccie III

Acqua di rose q. b. p. f. una pasta spessa.

L'applicazione non deve durare più di 3-5 minuti: dipoi lavare abbondantemente con acqua tiepida e spalmare sulle parti così trattate una crema refrigerante.

È superfluo ricordare che l'uso delle sostanze epilatorie va sconsigliato allo scopo di evitare che per la loro azione cheratolitica troppo intensa possano verificarsi dermatiti con necrosi dei tessuti. Si consiglia anzi, prima di applicare questi preparati sulle parti scoperte, di saggiarne l'azione su di un tratto di cute del braccio o delle coscie.

La cura con i depilatorii chimici non è mai radicale ed il metodo più consigliabile per la completa distruzione dei peli superflui è l'*epilazione elettrolitica*. Sembra che anche col *radium* si possano ottenere risultati discreti.

V. MONTESANO.

VARIA.

In quale momento del periodo intermestruale la donna è fecondabile?

Varie ricerche sono state fatte sino ad ora su questo punto capitale, tutte basate però su le affermazioni, spesso vaghe, delle donne concernenti la data del rapporto sessuale fecondante; ad ogni modo i diversi osservatori hanno sempre concluso che la donna è fecondabile durante tutto il periodo intermestruale.

Con un metodo differente di ricerche, Knaus (*Munch. Med. Woch.*, 28-1929) è giunto invece a conclusioni completamente opposte alle precedenti, basate su studi sperimentali negli animali e su dati fisiologici e anatomo-patologici ottenuti, fuori da intervento sugli organi genitali delle donne nel corso di diversi stadi del periodo intermestruale.

L'impianto dell'uovo fecondato è necessario alla trasformazione del corpo giallo mestruale in un corpo giallo gravidico, che impedisce lo stabilirsi della mestruazione successiva.

La durata minima della migrazione dell'uovo umano fecondato, è approssimativamente di 10 giorni, per cui, in una donna regolata ogni 4 settimane, affinchè l'uovo possa impiantarsi a tempo per prevenire l'inizio della mestruazione seguente, la fecondazione e l'ovulazione debbono prodursi tra il 14° ed il 16° giorno del ciclo intermestruale.

Anche se il follicolo di Graaf era suscettibile di essere fecondato più tardivamente, la fecondazione durante gli ultimi 10 giorni del ciclo non può aver risultato, perchè la mestruazione, sopravvenendo prima dell'impianto dell'uovo, rende questo impossibile.

Nelle donne sessualmente adulte e regolate ogni 4 settimane, vi è dunque un periodo di sterilità fisiologica. L'uovo non può essere efficacemente fecondato che a partire dall'11° fino al 18° giorno del ciclo, con un periodo ottimo dal 14° al 16° giorno.

Nelle donne regolate ogni tre settimane o mestruate irregolarmente, la determinazione delle date della sterilità fisiologica riesce invece più difficile.

A. POZZI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXVI. - Il requisito della buona condotta agli effetti della nomina ad impiegati pubblici.

Il Governo del Re ha facoltà, in qualunque tempo, sia per decreto, sia per propria iniziativa, di dichiarare la nullità degli atti o provvedimenti che contengono *violazione di leggi o di regolamenti generali*. Si è discusso se, deliberata la nomina di un impiegato, il Governo del Re possa, in *qualunque* tempo, dichiararne la nullità per difetto o insufficienza del requisito della buona condotta. Il dubbio riguarda i limiti del potere di annullamento: il Governo del Re esercita un sindacato di legittimità *circoscritto* all'accertamento delle violazioni di legge o dei regolamenti, escluso quindi anche il così detto eccesso di potere amministrativo. Ciò posto, l'accertamento del requisito della buona condotta, che talvolta presuppone vere e proprie valutazioni di merito, rientra nei limiti della competenza del Governo del Re? La giurisprudenza ha ritenuto che la buona condotta sia requisito essenziale agli effetti della costituzione del rapporto d'impiego, tassativamente prescritto dall'art. 162 del T. U. della legge comunale e provinciale modificato dall'art. 35 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2839 e 93 del relativo regolamento e richiesto, in genere, da tutti gli ordinamenti dell'impiego pubblico. Se manca il requisito della buona condotta, il provvedimento che ne prescinde è contrario alla legge. Sin qui, non vi sono incertezze. Ma può il Governo del Re fare una *rivalutazione* circa la condotta? A rigore sembra che questa non sia una indagine che rientri nei limiti della competenza del Governo del Re, se e in quanto presupponga un apprezzamento discrezionale di elementi, di documenti, di precedenti ecc. La giurisprudenza però tende ad ammettere estensivamente questo sindacato ritenendo che, quando l'emanazione di un provvedimento amministrativo è dalla legge subordinato al concorso di determinate condizioni, l'accertamento della esistenza di esse rientra nel controllo di legittimità se anche si riferiscano a fatti complessi come la buona condotta.

Questo principio, se fosse inteso come criterio generale, sarebbe giuridicamente inaccettabile ed estenderebbe eccessivamente l'ampiezza del potere del Governo del Re: potere assai delicato perchè può estinguere provvedimenti e rapporti, in qualunque tempo, cioè anche se siano stati costituiti ed eseguiti da moltissimi anni.

Ma è da considerare che le decisioni, specialmente in questa materia, non tendono a stabilire un criterio di massima; risolvono invece casi concreti e tengono conto di particolari elementi per esigenze di interesse amministrativo e per considerazioni di probità e di moralità che superano talvolta il rigore dei limiti circa i poteri di annullamento.

Recentemente, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 8 giugno 1929 n. 347, ha seguìto lo stesso indirizzo soggiungendo che il difetto della buona condotta può essere desunto anche da risultanze di processi penali definiti con assoluzione. Possiamo renderci conto delle ragioni di opportunità di questa tendenza, che trova giustificazione, come si è detto, nella particolarità dei casi, ma non si deve eccedere: i limiti dei poteri e delle attribuzioni devono essere rispettati. Sarebbe pericoloso estendere il potere del Governo del Re sino ad una vera e propria rivalutazione di fatti, di atti e di elementi, al fine del giudizio circa la condotta morale e civile.

Accenniamo a qualche caso. Fu assunta ad impiego comunale una persona che aveva riportato condanna condizionale per ricettazione. Dopo qualche tempo, il Governo del Re annullò la nomina. Successivamente, l'impiegato fu riabilitato. Il Consiglio di Stato, con decisione 8 giugno 1929 n. 349, ha dichiarato legittimo l'annullamento e irrilevante la successiva riabilitazione agli effetti della dichiarazione di nullità già pronunziata, salvi gli eventuali successivi provvedimenti dell'autorità amministrativa. Il ricorrente sosteneva che la mancanza del requisito della buona condotta non poteva essere desunta dalla condanna, perchè la condotta morale deve essere valutata con criterio diverso ed autonomo e richiamava un parere del Consiglio di Stato in adunanza generale 29 settembre 1927 ric. Gerace. Il riferimento era però inesatto: il Consiglio di Stato aveva allora detto che non può ammettersi un rapporto di dipendenza *tra immunità* da condanne penali e condotta morale e civile, nel senso che la condotta può essere pessima anche se un cittadino non abbia riportato condanna. Ma non vi è un rapporto *almeno assoluto* nel senso inverso: non si può ritenere, cioè, che i precedenti penali *siano indifferenti* agli effetti del giudizio circa la condotta morale e civile: una condanna, specialmente per determinati reati, può essere sufficiente ad escludere per sè stessa il requisito della buona condotta.

Noi dubitiamo, invece, che il Governo del Re, esercitando il potere di annullamento di ufficio, in qualunque tempo, possa spingere la sua indagine sino a ricercare *negli atti* di un giudizio penale definito con pronunzia di assoluzione, elementi che escludano la buona condotta e quindi invalidino il certificato rilasciato dal Podestà; in questo senso sembra non accettabile la risoluzione risultante dalla decisione 8 giugno 1929 n. 347.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERBENNO (*Bergamo*). — Scad. 14 nov.; L. 9600 e 5 quinquenni dec., oltre L. 519 uff. san., L. 840 c. v., L. 400 ambulat.; tassa L. 50,15.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Un reggente per il riparto di isolamento e due reggenti per due sezioni del riparto tubercolotici; età lim. 40 a.; L. 5225; al primo dei posti indicati è annessa anche l'indennità di carica in L. 5000, oltre eventuali assegni; nom. biennale, conferme quinquennali fino a 60 a. Tassa L. 50. Titoli scientifici e *curriculum vitae* in triplice copia. Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 30 nov.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Scad. 20 nov. V. fascicolo 43.

MONTEPULCIANO (*Siena*). *Regi Ospedali Riuniti di S. Cristofaro.* — Direttore sanitario-chirurgo operatore; scad. 15 nov.; età lim. 30-50 (55) a.; tre anni di aiuto in Clin. chirurg. o in turno chirurgico di Ospedale principale o di direttore di Ospedale di una certa importanza; prefer.: docenza in patologia e clin. chir. o medic. operat. e titoli in ostetr. e ginec.; L. 13.300 oltre 40 % incasso operazioni e 10 % incasso radioscopia. Documenti a 3 mesi. Chied. annunzio. Rivolgersi Segreteria.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo L. 12.500 e indennità L. 3000 pel servizio attivo, l'uno e l'altra lorde delle prescritte ritenute. Indenn. caro viveri. Lo stipendio è suscettibile di 5 aumenti del decimo, due quadrienn. e tre triennali, fino a raggiungere il limite massimo di L. 18.750. Domanda in carta bollo L. 2 e documenti dovranno pervenire, in plico raccomandato, non oltre le ore 17 del 5 dicembre alla Segreteria della Provincia. Per altre informazioni sui documenti, bando di concorso, ecc., rivolgersi alla Segreteria predetta.

SIDERNO MARINA (*Calabria*). — Casa di cura proff. Albanese e Menniti. Per titoli. Posto di Chirurgo, con assegno annuo di L. 12.000, oltre al 50 % degli onorari sulle prestazioni operatorie ed alloggio gratuito se senza famiglia. Richiedesi lib. doc. in Patologia o Clinica chirurgica. La Clinica possiede completo impianto Radiologico, reparto di degenza, reparti di oculistica e otorinolaringoiatria, gabinetti dentistico, di analisi cliniche, elettroterapia e di consulenza medicina interna. Scadenza 20 novembre 1929. Per altre informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

TORINO. *Ospedale Amedeo di Savoia per le malattie infettive.* — Sono disponibili posti di assistente interno; scad. 11 nov. Chiedere alla Segreteria avviso di concorso.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 30 nov.; tre assistenti; L. 4000 oltre L. 1000 serv. att., percentuali, indennità guardie (è assicurato un minimo di L. 2500 per i primi 2 anni e di L. 3000 per i successivi); età lim. 35 a.; tassa L. 50,15. Rivolgersi all'Amministrazione.

CONCORSI A PREMI.

Premio internazionale sul tracoma.

Il Ministro ungherese della Previdenza sociale ha fondato un premio di 2000 franchi svizzeri (circa 7400 lire it.) per compensare un lavoro originale circa l'eziologia del tracoma. Il lavoro dovrà segnare un progresso importante in questo campo. Il concorso scade il 30 giugno 1931. I lavori presentati al concorso possono essere scritti in francese, inglese, italiano, tedesco od ungherese; devono essere inviati alla I Clinica Oftalmologica della Reale Università Ungherese « Peter Pázmány » Maria-Utca 39, Budapest VIII. La Commissione potrà tener conto anche di lavori non presentati al concorso, pubblicati tra il 1° giugno 1929 e il 30 giugno 1930. La decisione si avrà non oltre il 31 dicembre 1931.

Società Italiana di Medicina Sociale.

La Società predetta, mercè la liberalità della « Rivista di Terapia Moderna e Medicina Pratica » che ha messo a sua disposizione la somma di L. 10.000 (diecimila), ha bandito due concorsi fra i Medici Italiani per monografie che vertano rispettivamente sui temi seguenti: 1) La Medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali; 2) Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo.

Informazioni, copie del Regolamento, ecc., potranno richiedersi alla Segreteria della Società Italiana di Medicina Sociale, via Dogana n. 2, Milano; oppure alla « Rivista di Terapia Moderna », via Vallazze n. 39, Milano.

Premio Dartigues-Rosenthal.

I dottori Dartigues e Rosenthal hanno creato un premio di 4000 franchi per il 1930, da assegnare a membri dell'Umfia di qualsiasi nazionalità (America latina, Francia, Italia, Portogallo, Romania, Spagna, minoranze di lingue neo-latine, ecc.). Tema: « Interventi medico-chirurgici sulla tubercolosi. Pneumotorace artificiale doppio ». Il premio è destinato unicamente a compensare ricerche originali; è divisibile. I manoscritti, dattilografati, devono rimettersi non oltre il 1° gennaio 1930 alla sede sociale, rue de la Pompe 81, Paris.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

In occasione del fidanzamento del Principe Ereditario, S. M. il Re ha nominato conte il dott. Giovanni Quirico, da più di trent'anni medico della Famiglia Reale, in premio del suo devoto attaccamento e dell'opera preziosa di assistenza prestata nell'alto ufficio.

Al collega valoroso che nel severo disimpegno del suo delicato compito ha saputo mantenere i rapporti più cordiali con i colleghi meritandosi la stima e la simpatia di tutti, vadano i rallegramenti più sinceri del « Policlinico ».

Al magg. medico F. Costa è stato assegnato un terzo premio di L. 400, per una monografia dal titolo « Epidemie di guerra ».

NOTIZIE DIVERSE.

In rappresentanza della redazione e di tutti i nostri lettori, esprimiamo lo sdegno d'Italiani per il vile attentato al Principe Ereditario.

La fortuna ha assistito la Patria, e l'incolumità dell'augusto Principe ha sollevato ovunque la più calda e simpatica onda di entusiasmo per Lui, mentre si fidanzava ufficialmente con la bella e colta Principessa Maria José del Belgio: sogno auspicato di due giovani cuori e di due amiche Nazioni.

Le opere del Regime nell'anno VII.

Prima che questo fascicolo giunga a destinazione, tutto il popolo italiano avrà celebrato il rituale della ricorrenza della Marcia su Roma, con l'inaugurazione di un'imponente quantità di opere pubbliche, tra cui circa 1500 a carattere sanitario (ospedali, sanatorî, dispensari, ecc.) e molte altre d'importanza igienica.

Ciò prova quale impulso poderoso il Regime imprima alla vita della Nazione.

Di alcune opere suddette abbiamo già dato notizia. Su altre ci riserviamo di riferire nei prossimi numeri.

Società internazionale di Ortopedia.

Ad iniziativa del prof. V. Putti, si è costituito un nuovo organismo internazionale, il cui ufficio permanente risiederà a Bruxelles. La riunione preparatoria comprendeva i rappresentanti di 14 Paesi; era presieduta da Murk Jansen di Leida e da M. Albee di New York; l'Italia vi era rappresentata da Putti e Galeazzi. Il prossimo Congresso avrà luogo a Parigi il 5 giugno 1930, sotto la presidenza del prof. sir Robert Jones di Londra; le vice-presidenze sono state affidate ai proff. Gocht di Berlino e Putti di Bologna. I successivi Congressi si riuniranno ogni 3 anni. Il numero dei membri è stato temporaneamente limitato a 100. Sono state ammesse 5 lingue ufficiali: francese, inglese, italiano, spagnolo e tedesco.

1° Congresso della Società Oto-rino-laringologica latina.

Si è adunato a Madrid nei giorni 7 e 8 ottobre, nei locali della Reale Accademia Nazionale di Medicina, sotto la presidenza del prof. Tapia. Alla solenne seduta inaugurale intervennero il ministro della P. I., il presidente dell'Accademia, il rettore dell'Università centrale. Per l'Italia parlò il pof. Citelli. Parteciparono ai lavori gl'italiani proff. Bilancioni, Brunnetti, Calamida, Citelli e Ferreri. I congressisti ricevettero calde accoglienze.

Congresso internazionale di Radiologia medica.

Si adunerà a Parigi nel 1931. Il Consiglio municipale della città ha deciso, su proposta del dott. Lobligeois, di accordare una sovvenzione di 25.000 franchi al Comitato promotore.

Al congresso degli anatomici.

In occasione di questo Congresso, svoltosi a Bologna, il sig. Ugo Barberi ha ordinato una Mostra di libri d'anatomia, nella quale erano raccolte preziose edizioni di soggetto anatomico e anche stampe, antichi strumenti di chirurgia, ritratti, manoscritti, autografi, medaglie, vasi di farmacia, antiche fiale e vasetti, mortai, minuterie della branca, ecc.: tutto un ricco materiale, insomma di documentazione storica. Principale cimelio della Mostra, il ritratto, dipinto su tela in grandezza naturale, di Fabrizio d'Acquapendente, il famoso anatomico che fu già uno dei maggiori luminari dell'Ateneo Padovano. Egli è raffigurato in atto di fare una lezione d'anatomia al figlio Francesco, divenuto lui pure medico di qualche valore.

Films scientifici L. U. C. E. al Congresso Francese di chirurgia.

Nei recenti convegni medico-chirurgi tenutisi a Parigi, per interessamento del delegato italiano prof. R. Alessandri, sono state presentate alcune films scelte nella collezione scientifica dell'Istituto Nazionale L. U. C. E., e riproducenti degli importanti atti operatorî.

Le pellicole della L. U. C. E., per il valore scientifico e la perfezione tecnica con cui sono state eseguite, hanno destato una grande ammirazione fra i convenuti.

Scuola di perfezionamento in pediatria a Pisa.

Un corso di perfezionamento per conseguire il titolo di specialista pediatra avrà inizio il 13 gennaio; vi sono ammessi soltanto i laureati; ha la durata di due anni, ma qualora si dimostri di possedere una sufficiente preparazione nel campo della specialità, si può essere esonerati da un anno. Agli aiuti ed assistenti effettivi della Clinica pediatrica gli anni di servizio nella Clinica sono computati come anni di frequenza nella scuola. Le materie d'insegnamento sono in numero di 16. Tassa complessiva L. 1150 l'anno; L. 75 per esame di diploma e L. 300 pel diploma. Le iscrizioni si ricevono dalla Segreteria dell'Università fino al 10 gennaio; le domande vanno dirette al Rettore; per informazioni rivolgersi al Direttore della Scuola, prof. G. Fiore.

Scuola di odontoiatria e protesi dentaria a Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1929-30 ai Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse.

Le iscrizioni si chiuderanno improrogabilmente il 30 novembre.

Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

Sedi per gli esami di Stato.

Con ordinanza del Ministero della Educazione Nazionale è stata indetta pel corrente anno la sessione degli esami di Stato di abilitazione alle professioni liberali; per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo saranno sedi

di esame le RR. Università di Cagliari, Catania, Firenze, Napoli, Padova, Pavia, Pisa, Roma, Torino.

Il nuovo ospedale di Mantova.

Sorge in Borgo Pompilio — una delle zone più elevate a sud della città — a poco più di un chilometro da Porta Belfiore, e fu costruito col concorso unanime di enti e di generosi cittadini.

Il progetto originario era dell'ingegnere Giulio Marcovigi; poi fu modificato e adattato ad un nuovo piano finanziario, con la collaborazione dell'ing. Angelo Assi, dell'ing. Alberto Cristofori e dell'arch. Livio Provasoli Ghirardini, riuniti a tale scopo in commissione, la quale ebbe altresì il compito della direzione dei lavori, eseguiti in circa due anni sulle fondazioni già gettate per quasi tutti i padiglioni nel 1919.

L'Ospedale si compone di dodici edifici: il padiglione d'ingresso, quattro padiglioni principali (due per la medicina generale, uno per la chirurgia generale ed un altro per la ginecologia e maternità; un padiglione di medicina generale contiene anche il reparto oculistico e quello di otorinolaringoiatria, con le rispettive sale operatorie e servizi sussidiari, il padiglione per l'Ospedale Infantile Bulgarini, aggregato all'Ospedale Civico, il padiglione delle cure fisioterapiche, quello della dermosifilopatia, quello dei servizi generali, la chiesa con annessa camera mortuaria, la casa dei cappellani e la lavanderia e centrale termica.

Poco lungi dal recinto dell'Ospedale propriamente detto, sorgono i padiglioni del Sanatorio Belfiore, che è una dipendenza dell'Ospedale medesimo ed è con questo collegato da un viale interno; quanto prima lo sarà anche da una galleria sotterranea.

Vicino al Sanatorio esiste il Padiglione Municipale di isolamento ed in prossimità di questi ultimi fabbricati, v'è la casa colonica per la conduzione dei terreni liberi da padiglioni e da giardini, e costituenti le aree di rispetto dell'Ospedale e del Sanatorio e destinati a futuri eventuali allargamenti.

Complessivamente le varie infermerie dell'Ospedale, il Sanatorio escluso, sono capaci di oltre 300 letti.

Tutti i servizi generali funzionano nel modo più perfetto, grazie anche alla presenza di congegni della più moderna costruzione ed all'applicazione dei meccanismi più largamente sperimentati negli ospedali delle maggiori città.

Le aree scoperte che circondano l'Ospedale, convenientemente recintate, sono ridotte a giardino. Le accidentalità del terreno, un tempo sede del forte Pompilio, e la sua maggiore elevazione in confronto alle zone circostanti, conferiscono all'insieme dell'Ospedale nuovo un aspetto assai ridente.

Per l'Opera Maternità e Infanzia.

L'anno scorso due coniugi che vollero mantenere l'incognito donarono lire 100.000 all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, per onorare la memoria di un loro figlio morto 5 anni prima.

Anche quest'anno, nella ricorrenza del VI anniversario della morte del loro caro, i genitori hanno offerto altre lire 100.000 all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia.

L'Università sportiva.

Il Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale, su proposta del sottosegretario per l'Educazione fisica on. Ricci, ha discusso e approvato l'ordinamento dell'Accademia Fascista di educazione fisica, la quale acquista un'organizzazione in tutto simile a quella delle Università. Il corso comprenderà due bienni: uno inferiore per conseguire il titolo di professore di educazione fisica e l'abilitazione all'insegnamento nelle scuole di ogni grado; uno superiore, per il conseguimento della laurea di dottore in scienze applicate all'educazione fisica, destinato alla formazione di professionisti e studiosi che potranno dirigere e coordinare l'opera dei primi e far progredire lo studio dell'educazione fisica. È prevista l'istituzione, in seno al biennio superiore, di un corso di specializzazione per laureati in medicina. Gli insegnamenti sono di tre ordini: pratici, scientifici e giuridico-pedagogici. L'Accademia comprende: un Istituto-Convitto, il Foro Mussolini e una Scuola di Scienze applicate all'educazione fisica.

Campagne di disanofelizzazione idrica in Italia.

In una conferenza tenuta innanzi alla Reale Società di Medicina e Igiene Tropicale di Londra, L. W. Hackett, rappresentante della Fondazione Rockefeller in Italia, ha esposto l'azione svolta nel corso di 3 anni dalla Stazione Sperimentale Antimalarica istituita dalla Direzione Generale di Sanità Pubblica in Italia, col concorso della Fondazione suddetta.

Il programma aveva per scopo di compiere la profilassi della malaria a titolo sperimentale, in alcuni piccoli centri, senza superare le spese abitualmente incontrate per la somministrazione della chinina (nel computo si faceva astrazione dalle spese di controllo, direzione, ricerche speciali ecc.).

Venne data la preferenza alla slarvizzazione mediante il verde di Parigi, perchè rispondeva ai requisiti programmatici. I risultati sono stati dei più rimarchevoli; così a Portotorres (Sardegna) la malaria è quasi scomparsa, malgrado le difficoltà della lotta; a Bianconovo (Calabria) è scomparsa del tutto. Come controllo, a Torpè (Sardegna) si è voluto attuare una chininizzazione intensiva senza altre misure; i risultati furono negativi. Dunque la guarigione completa dei malarici si è ottenuta assai meglio impedendo le reinfezioni, mediante la disanofelizzazione, anzichè ricorrendo alla chinina e ciò conferma un assunto già formulato da V. Ascoli, secondo cui la malaria si cronicizza in seguito a reinfezioni. L'O. ha poi preso in esame le principali obbiezioni contro i metodi attuati. Seguì un'ampia discussione.

Associazione spagnola della stampa medica.

Sono state rinnovate le cariche della giunta direttiva dell'« Asociación Nacional de Prensa Médica ».

Sono risultati: presidente Ricardo Horno Alcorta, di Saragozza, del periodico *Clinica y Laboratorio;* vicepresidente José Madinaveltia di Madrid (*Progresos de la Clínica*); tesoriere Eugenio Mesonero Romanos di Madrid (*Vida Médica*);

soci: Antonio Peyri di Barcellona (*Revista Médica de Barcelona*); Battestini di Barcellona (*Ars Médica*); Ruiz Maya di Cordova (*Ideal Médico*); Luis Calandre di Madrid (*Archivos de Cardiología y Heamtología*); Rafael Fraile di Madrid (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*); segretario Federico Meana di Madrid (*Medicina Latina*). Per la corrispondenza e per informazioni rivolgersi al segretario, don Francisco Meana, plaza Principe Alfonso, n. 12, apartado 116, Madrid, Spagna.

Per un'Associazione di medici ferroviarî in Inghilterra.

Si è costituito in Inghilterra un Comitato organizzatore provvisorio, allo scopo di raccogliere in Associazione gli ufficiali sanitari ferroviari, quale gruppo dell' « Associazione Medica Britannica ».

Se le adesioni saranno abbastanza numerose, verrà indetto un convegno in seno al Congresso dell'Associazione Medica Britannica, che si adunerà nel prossimo anno a Durham.

La Casa dei Medici di Bruxelles.

Un appello lanciato dal Collegio dei Medici di Bruxelles (Boulevard de Waterloo 31), per fondare una casa di riposo pei medici, ha avuto per risultato, fino al 21 settembre, la raccolta di 309 sottoscrizioni da 500 franchi ciascuna; quindi il progetto si avvia a rapida realizzazione.

La Mezzaluna Rossa nell'Azerbagian.

Ha celebrato il 3° anniversario della sua fondazione. Oltre il Comitato centrale comprende 12 Comitati provinciali; i soci raggiungono circa 22.000. Ha fondato 5 istituzioni medico-profilattiche, un dispensario antitracomatoso, un consultorio per bambini e donne, un dispensario per lattanti. Provvede alla distribuzione gratuita di cibi caldi agli scolari bisognosi; assiste i lavoratori agricoli; compie la propaganda igienica; organizza colonie estive di riposo. Inoltre, in 10 distretti del paese ha creato delle organizzazioni sanitarie e 33 squadre di pronto soccorso, con oltre 1000 componenti.

L'Accademia Medica del Venezuela.

L'11 giugno scorso venne celebrato il 15° anniversario dell'Accademia Nazionale di Medicina del Venezuela. Una cerimonia solenne si svolse nella sede centrale dell'Università di Caracas. Si è coniata e distribuita una medaglia commemorativa in bronzo. La « Gaceta Médica da Cáracas » ha ora pubblicato un magnifico numero straordinario commemorativo, ricco di lavori originali.

Viaggio medico internazionale.

Il 6° viaggio medico internazionale natalizio indetto dalla « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » (Voyage bleu) avrà luogo con un'ampiezza maggiore del consueto. L'adunata si farà a Marsiglia il 26 dicembre e il viaggio sarà diretto a San Remo. Lo studio scientifico di ogni stazione è assicurato con ogni attenzione. Nelle città principali avranno luogo dei ricevimenti. Sono organizzate due escursioni durante il viaggio: una sulla riviera italiana, con ricevimenti a San Remo e Ospedaletto e con una commemorazione ufficiale del soggiorno di Pasteur a Bordighera; l'altra sulle Alpi. Eventualmente si organizzerà un escursione in Corsica. I posti sono riservati ai medici ed alle loro famiglie; il numero ne è strettamente limitato. Scrivere al presidente della Società, rue Verdi 24, Nizza.

Viaggi d' istruzione medica.

Anche quest'anno il viaggio « nord-sud » di istruzione medica — perfettamente organizzato dall'Ente nazionale per le industrie turistiche, e sapientemente guidato dal valoroso prof. Guido Ruata — ha ottenuto un magnifico successo confermato dalla soddisfazione e dall'ammirazione, dall'entusiasmo e dal plauso dei numerosi medici stranieri che vi rappresentavano dodici Stati.

In una successione di feste ospitali sono state visitate Merano, Mendola, Bolzano, Roncegno, Levico, Riva del Garda, Gardone Riviera, Recoaro, Bagni di Poretta, Montecatini Terme, Viareggio, gemme nostre ammiratissime dai medici esteri per la ricchezza della loro organizzazione ricettiva, bellezze naturali, tesori di acque curative.

La pratica dei viaggi di istruzione medica come elemento di valorizzazione delle stazioni idroclimatiche e balneari, deve avere gran peso se ad essa ricorrono molti Paesi. In coincidenza, o quasi, col « nord-sud » italiano, debbono ricordarsi il V. E. M. francese (voyage études médicales), lo *Studienreise* tedesco, il viaggio medico cecoslovacco, il nuovissimo viaggio spagnuolo.

Certo si è che la pratica stessa non ha soltanto fine propagandistico, bensì un concreto valore politico e nazionale.

I medici di dodici Paesi (ci riferiamo al nostro « nord-sud ») hanno veduto a cagion del viaggio tanta Italia bella come sarebbe probabilmente avvenuto loro di non vedere mai, e potran dire, ritornando, che fra noi le stazioni di cura idroclimatica procedono col loro nuovo ritmo di moderna e spesso superba organizzazione in ambiente di operosa e ordinata convivenza sociale.

Per limitare il traffico degli stupefacenti.

In esito alle discussioni avvenute in seno al Comitato per l'oppio dalla Società delle Nazioni, la 5ª Commissione (problemi sociali ed umanitari) ha preposto alla 10ª assemblea generale della Società, adunatasi in settembre, che il Comitato suddetto prepari una relazione sui mezzi più idonei per attuare la Convenzione di Ginevra del 1925, considerando anche l'opportunità d'indire una Conferenza internazionale, in cui siano ugualmente rappresentati gli Stati produttori e quelli consumatori, e ciò secondo una proposta avanzata dal delegato italiano, on. Sardi, sostenuta dal delegato cinese e modificata dal delegato inglese N. Baher. L'assemblea ha approvato. La relazione verrà presentata al Consiglio, che deciderà in merito.

Classificazione delle acque minerali e bibliografia idrologica italiana.

Al recente « XX Congresso Nazionale Idrologico » (Spezia, 4-7 ottobre 1929-VII) venne trattato l'importante argomento delle classificazioni idrologiche.

Per attuare una classificazione italiana che possa degnamente figurare fra tutte le altre, era

stata incaricata negli scorsi Congressi una Commissione, composta dai proff. sen. R. Nasini (Pisa), P. Marfori (Napoli), P. Piccinini (Milano), la quale ne riferì ampiamente al Congresso di Spezia.

Dopo ampia discussione (alla quale, oltre i Relatori surricordati, parteciparono i proff. Ruata, Carreras, Nazari, Razzano, Sabatini, Valenti ed altri), si è deciso, tra l'altro, che la classificazione dovrà avere per base il criterio chimico e che sei grandi classi basteranno per comprendere tutte le acque minerali.

La « classificazione idrologica italiana », che sarà elaborata al più presto anche per esigenze pratiche in rapporto alla solerte azione che altresì nel campo delle acque minerali svolge la Direzione Generale di Sanità, verrà presentata al prossimo Congresso Nazionale Idrologico (Rodi, 1930).

Per quanto riguarda la « bibliografia idrologica italiana », il prof. Piccinini, riassumendo un ampio suo lavoro in proposito, ricordò la benemerenza dell'E.N.I.T., e della « Associazione Italiana di Idrologia », cui appartennero grandi Maestri.

In onore del prof. G. Mingazzini.

In occasione del XIX Congresso della Società dei Neuropatologi tedeschi, il presidente prof. O. Förster ricordò, durante il discorso inaugurale, che il socio onorario prof. G. Mingazzini aveva compiuto il suo 35° anno di insegnamento. Egli disse che il prof. Mingazzini apparteneva ai soci fondatori della Società, alle cui istituzioni era stato sempre fedele; aveva preso parte e con contributo scientifico alle varie riunioni che fecero parte della Commissione permanente per il conferimento della medaglia di Erb, la quale era stata negli anni scorsi assegnata ai più grandi luminari della neuropatologia, quali Strümpell, Wagner v. Jauregg e O. Vogt Nonne. A queste ed altre parole fecero plauso vivissimo tutti i membri del Congresso. Il prof. G. Mingazzini espresse, commosso, i suoi sensi di gratitudine.

In memoria di Finsen.

Si sono compiuti 25 anni dalla morte di Niels Ryberg Finsen, cui precipuamente andiamo debitori della fototerapia. Il Finsen era un lavoratore lento; non conseguì la laurea che a 30 anni. Già allora soffriva di quei gravi disturbi che dovevano farne un martire nel breve periodo che gli rimase di vita: si trattava di una peritonite cronica iperplastica, come venne rivelato dalla autopsia; essa determinava asciti, cianosi, ecc. ed imponeva un regime di restrizioni e di privazioni.

Nominato prosettore dal prof. Chievitz, a Copenaghen, sempre malaticcio e freddoloso egli stava molto volentieri al sole; così fu indotto a studiare le virtù terapeutiche della luce.

In primo tempo accertò l'azione della luce rossa sulle pustole vaiolose: riconobbe che essa modera le suppurazioni e che impedisce le cicatrici deturpanti.

Poi fermò la sua attenzione sulla luce ultravioletta; ne indagò le azioni fisiologiche e quelle terapeutiche: così fu condotto alla cura del lupus. Cominciò ad usare la luce solare; poi ideò una lampada per la produzione dei raggi ultra-violetti, la lampada Finsen, usata tuttora. Ebbe la fortuna di trattare con fabbricanti che compresero l'importanza della scoperta: vanno specialmente ricordati Hagemann e Jörgensen. Essi ebbero molta parte nella fondazione del grandioso Istituto fototerapico, al quale Finsen impresse un duplice indirizzo: scientifico e pratico. Sotto la sua guida vi furono compiuti notevoli studi sperimentali; basterebbe ricordare quelli relativi all'azione che i raggi di varia lunghezza d'onda esercitano su vari batteri; sulle permeabilità di vari tessuti ai vari raggi; i metodi attinometrici, ecc.

Insegnò anche a disciplinare l'impiego della luce: Finsen non va tenuto responsabile degli eccessi e delle stravaganze in cui oggig si cade da molti fisioterapisti.

Nel 1903 gli venne conferito un premio Nobel.

A soli 44 anni la morte troncò tanta benefica attività.

E' probabile che se il Finsen non avesse avuto una salute così malferma, non si sarebbe consacrato con tanto impegno agli studi sperimentali, cui l'umanità deve una delle più utili scoperte: l'impiego dei raggi ultravioletti a mezzo curativo e profilattico.

Commemorazione del prof. Angelo Ruffini.

Ad Arquata del Tronto, nella sala del Municipio, ha avuto luogo in forma austera la commemorazione del compianto prof. Angelo Ruffini. Erano presenti il prefetto, altre autorità e personalità. Dopo brevi e commosse parole del podestà e del sen. Viola, ha tenuto il discorso commemorativo il prof. Silvestro Baglioni, della R. Università di Roma.

Per un monumento al malato ignoto.

Il prof. T. Mendes, della Facoltà medica di Rio de Janeiro, ha avanzato la proposta, innanzi all'Accademia Nazionale di Medicina di questa città, di erigere un monumento, nella necropoli, all'infermo anonimo, quale omaggio ai pazienti sconosciuti o semi-sconosciuti che occupano le corsie ospedaliere.

Questi diseredati si prestano all'insegnamento, in vita ed in morte. Grazie ad essi il docente addestra i suoi allievi alla diagnosi ed alla cura e trasmette il suo sapere alle nuove generazioni. Inoltre essi consentono di cimentare i nuovi metodi diagnostici e curativi e di rendere sempre più efficiente la medicina. Dopo morti i loro corpi vengono deposti sul freddo marmo della camera incisoria, per insegnare ancora nuovi veri.

Tutta l'umanità deve loro un tributo di gratitudine e di ammirazione.

La proposta del Mendes è stata accolta con favore dall'Accademia e largamente appoggiata dalla stampa politica. Il dott. D. B. Avila (*Prensa Médica Argentina*, 19 sett. 1929) propone ora che la iniziativa venga promossa ed attuata anche negli altri Paesi, quale solenne dimostrazione dei sentimenti pietosi della classe medica.

Si è spento in questi giorni a Bologna il prof. FELICE ROSSI, chirurgo primario nell'Ospedale Civile di Aquila.

Del collega che lascia di sè tanta estimazione e largo rimpianto, diremo più ampiamente in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Med. Barcelon., giu. — ESCUDERO e VAREDA. Il midollo osseo nell'ittero emolitico. — BOSCO. Le alterazioni morfologiche del torace. — LACROSE. Il bagno di mare e i diabetici.

Presse Méd., 21 ag. — ROSSELLO. Azione dell'iperpnea nelle crisi nitritoidi.

Journ. Méd. d. Paris, 22 ag. — CARPENTIER. Il cobalto nelle acque minerali. — MAZERAN. La colibacillosi per propagazione.

Journ. Praticiens, 17 ag. — SERGENT. Valore comparato dell'esame clinico e radiologico. — BENON. La fuga nei bambini.

Riforma Med., 17 ag. — IZAR e PELLEGRINO. Calcio e iperuricemia. — CANTANI. Confronto fra le reazioni di Meinicke e Wassermann.

Spitalul, ag. — SARAGEA e PRUNIO. Il trattamento dell'ipertensione permanente. — BOTEZ ed altri. Occlusione intestinale da ascaridi.

Minerva Medica, 18 ag. — BONANNO e VECCHIA. Studio ambientale e statistica del cancro. — ANTONIOLI. Gangrene ischemiche e termometria cutanea.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 ag. — CLARKE. Virus e inclusioni cellulari.

Haematologica, fasc. IV. — MANZINI. I processi degenerativi dei globuli bianchi. — MASCHERPA. Il potere emopoietico del cobalto. — ALOSI. Veleni emolitici e alterazioni del fegato.

Deut. Med. Wochens., 23 ag. — v. BERGMANN. Trattamento della tub. e della rachitide. — FÜHNER. Avvelenamento da strofantina per via rettale. — EISELT. Necessità di una clinica per le malattie dei vecchi.

Wiener Klin. Wochens., 22 ag. — KERMAUNER. La via addominale nel trattam. dei tumori uterini. — KNOEPFERMACHER. La profilassi del morbillo. — DEUTSCH. Medicina interna e psichiatria.

Zbltt. f. Chirurg., 24 ag. — SCHMIEDEN. Il trattamento chirurgico della siringomielia. — BAUMANN. L'emostasi nella prostatectomia.

Zbltt. f. Inn. Med., 24 ag. — BRACK. Reperti del cuore e dell'aorta nella morte improvvisa.

Lancet, 24 ag. — BARBER. La dermatologia e le altre branche della medicina. — SIMPSON e BATTEN. La diagnosi delle cardiopatie nei bambini.

Z. f. Tbkose, n. 4. — JESSEN e GRIESBACH. I sali dei metalli pesanti nella tub. laringea e polm. — GWEDER e KALMAY. La ptosi intestinale dei tub.

La Clinica, n. 8. — MARQUE. Nevrite da iniezione di etere. — LUQUE. La febbre da sete nel lattante.

Pensiero Medico, 15 ag. — TRIBARCHI. La terap. della tub. laringea.

British Med. Journ., 24 ag. — FISHBERG. Tub. apicale e subapicale. — JONES. Le tonsille e le adenoidi dal punto di vista del medico e del chirurgo. — GAIR JOHNSTON. La tub. dell'ilo.

Med. Klinik, 23 ag. — EISELSBERG. L'operazione nei tumori dell'ipofisi. — SPIEGEL. Ipofisi e tuber cinereum. — BUSCHKE e JOSEPH. La specificità della reaz. cutanea allergica.

Münch. Med. Wochens., 23 ag. — Influenza dei preparati minerali sull'equilibrio acido-base. — DÜRCK. Anatomia patologica e infortunistica. — BUTTERSACK. La crisi medica.

Scalpel, 24 ag. — La sindrome dolorosa nella litiasi reno-ureterale.

Gaz. Hôp., 24 ag. — La ranula sottolinguale.

Proc. Roy. Soc. Med., ag. — Discussione sull'uso della efedrina. — SIMMONS. Rottura spontanea della vescica.

Morgagni, 11 ag. — D'AVANZO. Eritrodermia desquamativa in tre figli degli stessi genitori.

Rev. de Chirurgie (romena), n. 7. — ANGELESCU ed altri. Osservaz. su 547 interventi per appendicite. — GEORGESCU e JONESCU. Rottura spontanea di utero gravido ed infezione rapida.

Rev. de Méd Légale (Habana). — BARRERAS ed altri. L'occhio in medicina legale.

Rev. Med. de Barcelona, giu. — MÁRQUEZ. Il polso retinico nella patologia endocranica. — ALFARAS. Contributo allo studio del gozzo.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, **Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 11 Novembre 1929 Num. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

2° Istituto di Patologia Medica della R. Università di Napoli
diretto dal Prof. L. D'AMATO.

Ricerche sulla reazione emoclasica del D'Amato nelle infezioni sperimentali da micrococco melitense e da bacillo di Bang

per il dott. G. BOSSA, aiuto.

La quistione dei rapporti tra micrococco di Bruce e bacillus abortus di Bang ha acquistato in questi ultimi anni una grande importanza perchè è diventata fondamentale per la conoscenza della etiologia della febbre ondulante, e per le sue conseguenze in ordine alla epidemiologia ed alla profilassi della febbre ondulante stessa.

La quistione si può dire sorse nel 1918 da che la Evans dimostrò che i caratteri microscopici culturali e sierologici del micr. melitense e del b. Bang sono talmente simili tra loro da non poter bastare a differenziare sempre con sicurezza i due germi. La Evans in base alle sue ricerche che ancora si debbono considerare come fondamentali sull'argomento, concluse che i due germi si dovessero riunire in un'unica specie *Brucella* comprendente due o più varietà riunibili tra loro da qualche esemplare aberrante.

Le ricerche della Evans furono il punto di partenza di numerosi studi batteriologici ed epidemiologici tendenti a chiarire i rapporti tra la Brucella melitensis e la Brucella abortus; ma non ostante questi sforzi di numerosi osservatori, ancora non si può dire che si sia arrivati ad una conclusione sicura e definitiva. La quistione si può dire ancora aperta perchè non ancora si è riusciti a mettere in evidenza caratteri differenziali tra i due germi veramente sostanziali in modo da poter far distinguere con sicurezza e nettamente i due germi tra loro nè dal punto di vista batteriologico, nè dal punto di vista sierologico.

Ficai ed Alessandrini credettero di aver trovato il mezzo adatto per distinguere i due germi ricorrendo alle prove agglutinanti con sieri opportunamente inattivati; essi cioè avrebbero trovato che le agglutinine anti-Bang avrebbero una maggiore termoresistenza cioè resisterebbero alla inattivazione del siero a 65°, mentre le agglutinine anti-melitensi sarebbero distrutte

da questa temperatura. Ma i risultati di questi due autori furono controllati da Bastai e Cerruti prima e poi da numerosi altri osservatori e non furono confermati. Jacono sostenne che il diverso comportamento all'azione del calore delle agglutinine anti-Bang e anti-Bruce dipendesse non già dalla qualità ma dalla quantità delle agglutinine nei sieri in esperimento; Enrico invece pensò che le differenze osservate potessero esser dovute alla specie animale da cui derivavano i sieri.

Vercellana suggerì di differenziare i due germi con uno dei metodi di colorazione indicati da Besszonoff per differenziare germi affini, ma questo metodo microchimico, controllato da Andrei non risultò sufficiente allo scopo, e Vercellana stesso in seguito dovette riconoscerlo di nessuna utilità pratica.

Da Rin e Weinterger studiarono comparativamente il quadro ematologico della infezione sperimentale da bacillus abortus e da micrococco di Bruce, ma non rilevarono differenze sufficienti a far distinguere le due infezioni l'una dall'altra.

Numerose furono le prove di ordine immunitario tentate da varii ricercatori, ma pure queste dettero risultati nulli o scarsi: prove di precipitazione, di deviazione del complemento, di agglutinazione, semplici, di agglutinazione mediante il procedimento di saturazione del Castellani.

Vercellana e Zanzucchi proposero successivamente di differenziare i due germi mediante la prova di agglutinazione aspecifica con l'acido lattico. Anche esperienze di Sangiorgi convalidarono il valore di questo procedimento; ma ulteriori osservazioni di Cerruti, di Andrei, di Favilli e di Vidal giunsero a risultato contrario.

Polettini sostenne che i due germi si potevano differenziare col procedimento della suturazione delle agglutinine e con la deviazione del complemento; altri ricercatori non hanno però potuto confermare tale risultato (Vasilo).

Domingo e Lopez cercarono di differenziare questi due germi mediante il trattamento con la bile; ma anche questi risultati non potettero essere confermati da ulteriori ricerche di Favilli, di Vidal e di Abbella.

Vegni recentemente ha tentato di differenziare i due germi in base alla loro sensibilità all'azione battericida del rivanolo; ma neanche con questo metodo l'A. potette dimostrare differenze apprezzabili.

Come si vede da tutte queste ricerche ora elencate non è stato possibile rilevare con sicurezza differenze sostanziali tra i due germi; questo però non autorizza ancora a dire che i due germi siano la stessa cosa, poichè con qualche altro metodo si è potuto mettere in evidenza dei caratteri differenziali, che se pur non di ordine fondamentale, sono però praticamente sufficienti a distinguere le due Brucelle tra di loro. Così da Smith, e da qualche altro è stato dimostrato che il b. abortus bovino nel primo innesto è microaerofilo, cioè si sviluppa meglio in terreni con diminuita tensione di ossigeno, a differenza del micrococco melitense. Però anche a questo proposito è da notare che il b. abortus porcino si sviluppa come il melitense.

Brown, Duncan ed Henry hanno richiamata l'attenzione sulla maggiore capacità di decomposizione da parte del b. Bang verso i sali solubili di alcuni acidi organici (fumarico, mucico, tartarico, glicolico e glutarico) aggiunti in proporzioni dell'1 % all'acqua peptonata.

Huddleson ed Abell, Hesley e Torrey riferiscono che l'abortus bovino produce idrogeno solforato, mentre il melitense non ne produce. Il CO_2 nella proporzione del 10 % stimolerebbe lo sviluppo del bacillo abortus bovino, mentre inibirebbe lo sviluppo del bacillo abortus umano e porcino e del micrococco melitense.

Huddleson e Abell hanno visto che il melitense ed il paramelitense non sono inibiti dal violetto di genziana in soluzione da 1:100.000 ad 1:250.000, mentre il bacillo abortus è divisibile in due gruppi e cioè stipiti inibiti alla concentrazione 1:50.000-100.000, e stipiti che si comportano come il melitense cioè discretamente resistenti al violetto di genziana.

Saitta studiando anche lui il comportamento delle due Brucelle di fronte ad alcuni colori di anilina (violetto di genziana, fuxina basica, verde di malachite), aggiunti in determinate proporzioni ai terreni di cultura, potette mettere in evidenza una differenza di sensibilità tra Brucella melitensis e Brucella abortus; nel senso che, in genere, lo sviluppo della Brucella melitensis è ostacolato in confronto dello sviluppo della Brucella abortus.

Ninni riferisce di aver constatato che i due germi sono differenziabili tra loro con la prova del potere battericida del siero umano normale.

Si tratta però sempre di caratteri differenziali di ordine secondario (qualche volta anche contraddetti dai diversi osservatori) che se bastano a dire che le due Brucelle non sono proprio lo stesso germe, non sono sufficienti a costituire una netta separazione tra le due entità batteriche.

Da alcuni autori fu dato forse giustamente maggiore importanza ai criteri di ordine clinico-epidemiologico per differenziare i due germi. Si dette anche grande importanza a ricerche sperimentali dirette a saggiare il potere patogeno del bacillo di Bang per l'uomo: Nicolle, Burnet e Conseil inocularono in cinque individui 900 milioni di bacilli abortus senza ottenere infezione. Burnet inoculò in alcuni macachi fino a 2800 milioni di abortus bovino e porcino senza ottenere infezione. La esperienza di Vercellana sembra ancora più dimostrativa, perchè avendo iniettato a quattro uomini per ognuno due miliardi di germi di un miscuglio di otto stipiti di Bang non ebbe infezione, mentre gli stessi stipiti si dimostrarono patogeni per due capre provocando l'aborto.

Ma queste esperienze dirette a dimostrare la non patogeneità del Bang per l'uomo non furono considerate da altri studiosi sufficientemente probative (Ficai ed Alessandrini, Gabbì, Favilli); perchè in questi ultimi tempi si son fatti sempre più numerosi i rilievi epidemiologici per parte specialmente di autori stranieri (Americani, Inglesi e Tedeschi) che dimostrerebbero che il bacillo abortus possa talora essere patogeno per l'uomo determinando una infezione a quadro clinico simile all'infezione maltese.

Gli studiosi americani ormai accettano senza altro il concetto della patogeneità del bacillo abortus per l'uomo; onde distinguono gli stipiti di abortus, in base alla provenienza, in abortus bovino, porcino ed umano.

Recentemente Favilli ha studiato un'epidemia di febbre ondulante, sviluppatasi in un paese della provincia di Firenze e trasmessa all'uomo per mezzo di latticini prodotti con latte di pecore infette. La mancanza assoluta di casi di febbre ondulante nella stessa regione, la presenza invece di aborto epizootico bovino allo stato endemico, fece concludere al Favilli che l'epidemia umana fosse dovuta al bacillo abortus resosi virulento per l'uomo dopo esser passato attraverso la pecora. In questa osservazione di Favilli è interessante il fatto che il germe isolato dagli ammalati non aveva i caratteri nè di abortus, nè di melitense, ma si avvicinava a quelli del micrococco paramelitensis; il che dimostrerebbe ancora una volta la stretta affinità tra questi diversi germi e la precarietà dei caratteri differenziali descritti dagli autori tra i vari germi stessi.

*
* *

Allo scopo di studiare i rapporti tra micrococco melitense e bacillo di Bang ho creduto di seguire una via tutta diversa da quella degli altri osservatori sopracitati: mi son servito cioè del metodo della reazione emoclasica del D'Amato provocata in animali opportunamente sensibilizzati rispettivamente verso il micrococco melitense ed il bacillo di Bang.

La R. E. proposta per la prima volta dal D'Amato nel 1921 per la diagnosi di varie malattie infettive è stata da allora oggetto di molte ricerche da parte di numerosi studiosi che hanno sempre più confermato la grande importanza biologica del fenomeno e la sua grande utilità come mezzo diagnostico, derivante dai suoi caratteri di specificità e di sensibilità.

È perciò superfluo che io mi indugi qui a riferire tutta la letteratura ormai già abbastanza sviluppata sull'argomento, e a descrivere dettagliatamente la tecnica.

Mi basta solo ricordare che lo stesso D'Amato, dopo avere utilizzato il suo metodo della reazione emoclasica per la diagnosi della tubercolosi e della sifilide, estese le sue ricerche alle infezioni tifoidi ed alla infezione melitense, mostrando come negli individui affetti da queste infezioni si può provocare con l'iniezione di piccole dosi dei corrispondenti vaccini uno shock emoclasico specifico, utilizzabile a scopo diagnostico. Le conclusioni del D'Amato, per quanto riguarda la R. E. nelle infezioni tifoidi e melitense, furono pienamente confermate da ricerche ulteriori di controllo di Virgilio.

Io stesso potetti già in altro lavoro riprodurre sperimentalmente il fenomeno della R. E. in conigli sensibilizzati verso il b. tifico, o verso i bb. paratifici, o verso il micr. melitense; e potetti dimostrare che la R. E. prodotta in questi animali sensibilizzati con iniezione di dosi opportune di vaccino omologo è un fenomeno nettamente specifico, del tutto analogo a quello descritto da D'Amato negli infermi affetti dalle corrispondenti infezioni.

Partendo appunto da queste precedenti ricerche ho voluto studiare il comportamento della R. E. in animali sensibilizzati verso il micr. melitense o verso il b. di Bang.

Esperimenti.

Gli animali nei quali ho sperimentato sono stati i conigli. Una serie di quattro conigli furono sensibilizzati verso il micr. melitense, ed una seconda serie di altri quattro conigli verso il b. di Bang.

I germi (micr. melitense e b. di Bang) serviti per le esperienze, erano rappresentati da quattro stipiti di diversa provenienza di meli-

tense, e da tre stipiti di b. abortus. Adoperavo sempre culture recenti, sviluppate su agar, ed emulsionate con soluzione fisiologica sterile. Le emulsioni così ottenute dai vari ceppi di melitense erano riunite insieme per formare il vaccino melitense, di cui mi servivo per sensibilizzare gli animali della prima serie; parimenti le emulsioni dei diversi ceppi di bacillo di Bang erano mescolate per formare il vaccino Bang. di cui mi servivo per sensibilizzare gli animali della seconda serie.

Le emulsioni batteriche, prima di essere utilizzate per gli esperimenti, erano tenute a 60°C. per 30' in modo da uccidere i germi.

Per sensibilizzare gli animali iniettavo un cmc. di emulsione nelle vene di ciascun coniglio e ripetevo varie volte a 7 giorni di intervallo l'iniezione della stessa dose prima, e poi di dose doppia.

Quando volevo sensibilizzare fortemente gli animali, dopo averli trattati 5-6 volte con germi uccisi, praticavo 1 o 2 altre iniezioni di emulsione di germi vivi.

Per controllare la sensibilizzazione degli animali così trattati saggiavo il potere agglutinante del siero di sangue di essi di fronte ai germi con cui ciascun animale era stato trattato. Le esperienze negli animali sensibilizzati furono tutte fatte quando il potere agglutinante del loro siero era diventato superiore a 1:1000; appunto perchè, in base a quanto potetti dimostrare nelle mie precedenti ricerche la R. E. si produce negli animali sensibilizzati, con iniezione di vaccino omologo, solo quando la sensibilizzazione dell'animale ha raggiunto un grado abbastanza elevato.

Per provocare la R. E. nei conigli sensibilizzati, la tecnica seguìta era analoga a quella dettata dal D'Amato, e da me già utilizzata nelle precedenti ricerche. Dopo il digiuno della notte, prelevavo dalla vena marginale dell'orecchio del coniglio una goccia di sangue in cui facevo la conta dei leucociti. Iniettavo poi una dose opportuna di vaccino omologo al germe con il quale era stato sensibilizzato l'animale, e dopo mezz'ora dall'iniezione riprendevo il sangue per la conta dei leucociti.

Il vaccino di cui mi servivo per provocare la R. E., e che era poi lo stesso del quale mi ero servito per la sensibilizzazione dell'animale, era sempre da me accuratamente titolato, in modo da conoscere il numero di germi che iniettavo. La numerazione dei germi era fatta con la tecnica di Wright.

Nelle seguenti tabelle sono esposti i risultati degli esperimenti eseguiti. Riferisco prima i risultati ottenuti con iniezioni di vaccino in animali sensibilizzati e poi le ricerche di controllo fatte con iniezioni di vaccini in animali normali e le altre, pure di controllo, eseguite iniettando altri preparati vaccinici o proteici negli stessi conigli sensibilizzati.

Ciascuna dose, di ciascun vaccino, notata una sola volta nelle tabelle, è stata invece sperimentata molte volte per raccogliere risultati sicuri.

Per maggiori dettagli di tecnica rimando al mio precedente lavoro già citato.

TABELLA I.

Esperimenti con vaccino melitense.

Dose di vaccino iniettata pro Kg.	In conigli sensibilizzati verso il M. Melitense (agglutinazione sup. a 1:1000) Leucociti p. mmc.		In conigli sensibilizzati verso il B. Bang (agglutinazione sup. a 1:1000) Leucociti p. mmc.	
	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione
germi				
50.000	6.000	6.500	7.000	8.600
100.000	8.000	8.400	7.800	8.000
200.000	6.000	6.500	7.000	7.400
500.000	9.000	9.600	8.000	8.000
1.000.000	8.400	8.800	9.000	9.500
5.000.000	9.000	8.400	7.000	6.500
10.000.000	10.000	9.000	8.000	7.200
20.000.000	10.200	8.800	7.000	6.000
50.000.000	9.800	8.000	7.000	6.000
100.000.000	9.000	7.000	8.600	6.000
200.000.000	9.000	6.500	8.000	5.700

TABELLA II.

Esperimenti con vaccino abortus.

Dose di vaccino iniettata pro Kg.	In conigli sensibilizzati verso il B. Bang (agglutinazione sup. a 1:1000) Leucociti p. mmc.		In conigli sensibilizzati verso il M. Melitense (agglutinazione sup. a 1:1000) Leucociti p. mmc.	
	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione
germi				
20.000	10.000	9.800	9.000	9.000
50.000	9.000	9.200	8.000	8.400
100.000	10.000	10.500	9.000	9.400
500.000	8.600	9.000	9.800	9.500
1.000.000	7.500	7.800	8.500	8.600
2.000.000	8.000	8.600	8.400	8.000
5.000.000	7.000	6.200	8.000	7.400
10.000.000	7.400	6.200	8.000	7.000
20.000.000	9.000	7.500	8.500	7.000
50.000.000	8.000	6.200	7.500	6.000
100.000.000	9.000	6.000	8.000	6.100
200.000.000	7.800	5.500	8.000	6.000

TABELLA III. - *Esperimenti con animali normali.*

Dose di vaccino iniettata pro Kg.	Leucociti p. mmc.	
	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione
(Iniezioni di vaccino melitense)		
50.000 germi	9.000	9.000
100.000 »	10.000	10.200
500.000 »	11.000	11.500
1.000.000 »	10.000	11.000
5.000.000 »	9.000	9.400
10.000.000 »	10.200	11.000
50.000.000 »	11.000	10.800
100.000.000 »	9.000	8.000
(Iniezioni di vaccino *abortus*)		
50.000 germi	8.000	8.500
100.000 »	7.000	7.200
200.000 »	8.000	8.200
500.000 »	9.800	10.000
1.000.000 »	9.000	9.400
5.000.000 »	10.000	10.500
10.000.000 »	8.800	9.000
40.000.000 »	7.800	8.000
100.000.000 »	9.000	8.000
200.000.000 »	10.000	8.600

TABELLA IV.

Esperimenti di controllo eseguiti negli animali sensibilizzati verso B. abortus con iniezioni di altri preparati vaccinici o con proteine eterogenee.

Preparato iniettato Dose pro Kg.	Leucociti p. mmc.	
	a digiuno	dopo 1/2 ora dalla iniezione
Vaccino tifico 10.000.000 di germi	6.500	7.000
Vaccino paratifico A 20.000.000 di germi	8.000	8.200
Vaccino tifico 40.000.000 di germi	6.400	6.000
Vaccino paratifico B 10.000.000 di germi	7.000	6.800
Siero normale di cavallo 1 cmc.	6.500	6.800
Latte sterilizzato 1 cmc.	7.000	6.800
Caseal calcico 0,5 cmc.	8.000	8.000

Dall'esame delle precedenti tabelle risulta anzitutto confermato quanto già risultava dal mio precedente lavoro, cioè che, con dosi opportune di vaccino melitense è possibile ottenere, in animali sperimentalmente sensibilizzati verso il micrococco melitense stesso, uno choc emoclasico reso evidente dalla diminuzione di oltre 1000 leucociti per mmc. di sangue.

La dose opportuna per provocare la leucopenia, esponente della R. E., è come avevo già osservato, di 10-50 milioni di germi per Kg. di peso dell'animale. Dosi più piccole restano inefficaci, o producono variazioni insignificanti, o addirittura aumento dei leucociti del sangue.

Con le mie presenti ricerche posso dimostrare che negli animali sensibilizzati verso il b. abortus, si produce, in analoghe condizioni, con iniezione di dosi opportune di vaccino omologo, una leucopenia che corrisponde perfettamente a quella osservata negli animali sensibilizzati verso il melitense, in seguito ad iniezioni di vaccino melitense.

Questa leucopenia è esponente di reazione emoclasica specifica, perchè negli stessi animali sensibilizzati verso il b. abortus, non la si ottiene con iniezioni di modiche dosi di preparati proteici, o con iniezioni di vaccino tifico, o paratifico. E d'altro canto, in animali normali, l'iniezione di dosi inferiori ai 100 milioni di germi, di vaccino Bang, non provocano nessuna leucopenia apprezzabile.

Per quanto riguarda la dose del vaccino, bisogna estendere anche all'infezione sperimentale da b. abortus quanto già dissi per l'infezione melitense: cioè per ottenere la leucopenia è necessario, negli animali sensibilizzati verso il b. Bang, l'iniezione di dosi opportune di vaccino omologo (10-50 milioni di germi per Kg.). Dosi più piccole essendo inefficaci a produrre la reazione emoclasica caratteristica, dosi di molto superiori potendo produrre una leucopenia aspecifica.

Per quanto riguarda il problema che ha costituito l'oggetto di questo lavoro, cioè il rapporto tra l'infezione melitense e infezione tra b. abortus, risulta evidente dalle ricerche eseguite che non vi è alcuna specificità, per quanto riguarda la R. E. tra micrococco melitense e b. di Bang. Infatti negli animali sensibilizzati verso l'infezione melitense è possibile provocare la R. E. tanto con opportune dosi di vaccino melitense, quanto con le stesse dosi di vaccino abortus. E, reciprocamente, negli animali sensibilizzati verso il b. di Bang, è possibile provocare la leucopenia caratteristica, tanto con opportune dosi di vaccino abortus, quanto con le stesse dosi di vaccino melitense.

Questa mancanza di specificità tra infezione melitense e infezione bangiana, è del tutto simile alla mancanza di specificità da me già constatata, a proposito della R. E., tra infezione sperimentale da paratifo A e infezione da paratifo B.

Posteriormente alla comunicazione di questi miei risultati al Congresso ultimo di Medicina Interna, Bazzicalupo riferisce di essere arrivato a risultati simili nell'uomo, perchè egli neppure ha trovato differenza tra R. E. provocata con vaccino melitense e R. E. provocata con vaccino abortus in infermi di febbre ondulante.

Mi rimaneva infine da dimostrare che la leucopenia ottenuta negli animali sensibilizzati verso l'infezione bangiana, con iniezioni di dosi opportune di vaccino abortus, fosse esponente di reazione emoclasica del tutto analoga alla R. E. descritta dal D'Amato, e da me già riprodotto sperimentalmente negli animali sensibilizzati verso le infezioni tifoidi e melitensi. Occorreva cioè dimostrare che la leucopenia era accompagnata da tutte le altre modificazioni della crasi sanguigna che caratterizzano la reazione emoclasica del D'Amato.

Riferisco perciò qualcuno degli esperimenti eseguiti in animali sensibilizzati verso il b. abortus, nei quali ho studiato oltre il comportamento dei leucociti anche quello dell'indice refrattometrico del siero, e la velocità di coagulazione del sangue.

Coniglio del peso di g. 3000, sensibilizzato verso il b. abortus (agglutinazione 1:1200).

	a digiuno	mezz'ora dopo iniezione di Vaccino Bang (10 milioni per Kg)
Leucociti per mmc.	7.000	5.500
Indice refrattometrico del siero	1,34624	1,34575
T. coagulazione del sangue	9'	7'

Coniglio del peso di g. 2000, sensibilizzato verso il b. abortus (agglutinazione 1 a 1000).

	a digiuno	dopo iniezione di Vaccino Bang (10 milioni per Kg.
Leucociti per mmc.	6.500	5.000
Indice refrattometrico del siero	1,34475	1,34450
T. coagulazione del sangue	8'	7'

Da questi esperimenti e da altri con essi concordanti, e che per brevità non riferisco, risulta chiaro che la leucopenia è accompagnata, quando negli animali sensibilizzati verso il b. Bang si inietta dose opportuna di vaccino omologo, da tutte quelle altre modificazioni della crasi sanguigna che accompagnano e caratterizzano la R. E. In verità negli esperimenti sopra riferiti non ho riportato il comportamento della formula leucocitaria; ma, bastano le modificazioni dell'indice refrattometrico e del tempo di coagulazione del sangue, a dimostrare che si aveva a che fare con una vera reazione emoclasica. Del resto come è ormai ben noto, di questo fenomeno l'elemento caratteristico e costante, che può considerarsi il vero esponente della reazione, è la leucopenia.

CONCLUSIONI.

Negli animali sensibilizzati verso il b. di Bang l'iniezione di dose opportuna di vaccino abortus produce una reazione emoclasica identica a quella descritta da D'Amato per le infezioni tifoidi e per l'infezione melitense.

La dose di vaccino da adoperare è compresa tra i 10 milioni e i 50 milioni di germi per Kg. di peso dell'animale; dosi più piccole essendo inefficaci, e dosi di molto più forti potendo provocare una leucopenia non specifica.

La reazione emoclasica, ottenuta negli animali sensibilizzati verso il b. abortus con iniezioni di dosi opportune di vaccino omologo, è un fenomeno specifico perchè con la stessa dose dello stesso vaccino non lo si riproduce in animali normali; e perchè d'altra parte negli animali sensibilizzati non lo si può riprodurre con iniezione di vaccino tifico, o paratifico, o con iniezione di modiche dosi di preparati proteici.

Per quanto riguarda la reazione emoclasica, non vi è però alcuna specificità tra R. E. provocata da b. Bang ed R. E. da micrococco melitense; perchè sia negli animali sensibilizzati verso il micrococco melitense, sia negli animali sensibilizzati verso il b. di Bang è possibile ottenere una R. E. indifferentemente, sia con dosi opportune di vaccino melitense, sia con la stessa dose di vaccino abortus.

Questi risultati sembrano potersi considerare come un altro piccolo contributo in favore della tesi che il micrococco melitense ed il b. di Bang facciano parte della stessa specie batterica, sia pure come varietà diverse della stessa specie.

BIBLIOGRAFIA.

N. B. — Della numerosa Bibliografia sono qui riportati per brevità solo i principali lavori, con

la scorta dei quali si potrà completare la letteratura.

1. D'AMATO L. Atti del 27° Congresso Med. Int. Napoli, 1922.
2. ID. Riforma Medica, 1924, n. 42.
3. ID. Ibid., 1927, n. 22.
4. ID. Ibid., 1928, n. 2.
5. BOSSA G. Ibid., 1929, n. 7.
6. ID. Atti 34° Congr. Med. Int. Roma, 1928.
7. BASTAI e CERUTTI. Min. Med., 1925, p. 325.
8. BASTAI. Ibid., 1926, p. 413 e 871.
9. BURNET. Bull. Inst. Pasteur, 1925.
10. EVANS. Public. Health Rep., 1923, t. 38.
11. FAVILLI. Boll. Ist. Sierot. Milanese, 1927-28.
12. ID. Lo Sperimentale, 1929, p. 520.
13. FICAI e ALESSANDRINI. Ann. d'Ig., 1925.
14. GABBI. Relazione Congr. Med. Int., 1928.
15. ID. Rass. Ist. B. I., n. 4, 1929.
16. JACONO. Riv. di Pat. Sper., 1926, p. 422.
17. NINNI. Pathologica, 1929, n. 448.
18. POLETTINI. Giorn. Batt. e Imm., 1926.
19. PONTICACCIA. Giorn. Clin. Med., 1925, p. 218.
20. VEGNI. Giorn. Batt. e Imm., 1929, p. 448.
21. VERCELLANA. Giorn. Clin. Med., 1928, p. 545; 1929, p. 634.
22. BAZZICALUPO. Gazz. Int. Med.-Chir., 1929, n. 10.
23. VASILE. Ann. di Clin. Med., 1929, p. 339.
24. ZANZUCCHI. Giorn. di Clinica Medica, 1929, p. 507, p. 514, p 629.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma

diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

Sindrome di pseudo-occlusione intestinale da voluminosa uronefrosi in rene unico.

Dott. ANDREA VITALE, assistente volontario.

I casi di sindromi addominali acute riflesse a tipo di ileo o di peritonite, in forme di pielonefriti o pionefrosi, sono ancora scarsamente rappresentati nella corrente bibliografia, sicchè credo degna di essere resa nota questa osservazione che può rientrare in questo argomento.

Il numero di essi finora pubblicati ascende infatti ad una diecina. Si conoscono: quelli di Estrabant e Baetzner con segni di occlusione intestinale in forme acute di pielonefrite; quelle di Legueu, Hildebrandt, Mauny con segni di peritonite o di torsione viscerale in idropionefrosi; quello di Caraven con sindrome di ostruzione intestinale in idro-pionefrosi di un rene a ferro di cavallo ectopico, i due casi di Donati, uno con pionefrosi destra acuta chiusa, l'altro con perinefrite, ed infine quello di Lussana con sindrome di occlusione intestinale.

Accanto a questi casi ce ne possono essere altri nei quali la sindrome clinica, dovuta in gran parte all'uremia, ed il reperto semiologico, possono anche simulare una occlusione intestinale.

Si tratta certamente di casi rari nei quali evitare errori diagnostici, è quasi impossibile, come appunto il caso che sarà qui riferito.

Ma è utile conoscerli per cercare per quanto possibile, di fare, in casi di questo genere, diagnosi esatta.

La nostra osservazione ci ha dato agio di assistere ad uno degli episodi iniziali ed all'epilogo di una rara complicanza, che è particolarmente interessante sia dal punto di vista diagnostico che da quello terapeutico.

Riferisco succintamente la storia del caso clinico.

P. Alfredo, di a. 17, contadino. Ricoverato d'urgenza in clinica con fenomeni di occlusione intestinale.

Non si erano potute raccogliere notizie anamnestiche precise, date le gravi condizioni dello stato generale del paziente, il quale ha lavorato ed è stato bene fino a 3 giorni prima, quando improvvisamente, a quanto riferiscono i suoi compagni, è stato colpito da intenso dolore diffuso all'addome. Il dolore si accompagnò a vomito, prima alimentare, poi biliare. Contemporaneamente l'alvo si chiuse a feci e gas. Nella seconda giornata di malattia ha però defecato, d'allora non ha più emesso dall'ano nemmeno gas.

Non ha avuto febbre.

E. O. Condizioni generali del paziente gravi. Sensorio ottuso, decubito supino. Cute e mucose visibili ben sanguificate. In tutto il corpo ma specie nella superficie flessoria, numerose petecchie, quanto una puntura di pulce. Sottocutaneo mediocremente sviluppato, masse muscolari valide. Nulla alle ossa e articolazioni. Lingua fortemente impatinata, secca, fuliginosa. Nulla alle fauci. Polso 80, ritmico, a buona pressione. Temperatura afebbrile.

L'addome si presenta alterato di forma nel senso di presentare una tumefazione a margini netti, che dall'epigastrio si porta in basso alla fossa iliaca destra fino a toccare l'arcata inguinale. La pelle che ricopre la tumefazione è normale. La tumefazione ha superficie liscia, ma non uniforme, presentandosi come costituita da parecchie bozze. La consistenza è molle elastica, fluttuante, pare indolente. Il suono plessico in corrispondenza della tumefazione è ottuso. La tumefazione è immobile sia attivamente che passivamente, non presenta movimenti peristaltici sia spontanei sia conseguenti a stimoli meccanici. Assenza di liquido libero nell'addome, suono plessico timpanico in tutto il resto dell'addome.

Fegato e milza non si palpano, i limiti della loro ottusità assoluta sono normali.

L'esame dell'orina non è stato possibile di praticarlo perchè il paziente non ha orinato prima dell'intervento.

Si decide l'intervento d'urgenza con la diagnosi di probabilità di occlusione intestinale.

Operazione: prof. M. Ascoli.

Laparotomia pararettale inferiore destra, il taglio viene poi prolungato fino all'arcata costale. Aperto il peritoneo anteriore non si osserva la matassa intestinale bensì una tumefazione violacea che trasluce dietro il peritoneo parietale posteriore. Questa tumefazione ha limiti netti, è nettamente fluttuante. La matassa del tenue vuota è di aspetto normale ed è tutta raccolta sotto la milza. Si esplora la cistifellea, il pancreas, il foro di Winslow che appaiono normali. Così lo stomaco. Si incide il peritoneo posteriore e si suturano i margini della breccia peritoneale posteriore con l'anteriore escludendo la cavità peritoneale.

Il peritoneo è lassamente aderente alla tumefazione e si scolla con facilità. Puntura della tumefazione, ed estrazione di circa 3 litri di urina torbida, con cattivo odore. Tubo di drenaggio nella tumefazione. Chiusura parziale della parete.

Le condizioni del paziente vanno progressivamente aggravandosi.

Muore 6 ore dopo l'intervento.

Reperto d'autopsia (parziale):

Polmoni, cuore, tubo digerente normali. Il fegato si presenta lobulato per alterazione congenita. Il rene sinistro, aplasico, è del volume di un uovo. Il rene destro è trasformato in una sacca plurilobulata, che si estende dalla seconda vertebra lombare in basso verso la fossa iliaca destra fino al legamento inguinale, molto medianizzato, tanto che col suo margine mediale oltrepassa la linea mediana verso sinistra. Misura in larghezza circa 15 cm. Nei rapporti con il colon è da osservare che questo sta al disopra della sacca. Da questa si parte un uretere unico, ingrossato, con pareti molto ispessite, che sbocca in vescica in sede normale a destra.

La sacca contiene poca quantità d'urina purulenta, resti di tessuto renale corrispondono al polo superiore della sacca ed a quello inferiore. La mucosa vescicale presenta numerose ecchimosi ed ulcerazioni di aspetto infettivo semplice.

Causa di morte: uremia.

Nelle forme di occlusione intestinale, nelle nefropatie, per quanto concerne una giusta diagnosi bisogna analizzare il decorso di tutti i fenomeni clinici, i quali dopo l'attacco acuto, in genere, non hanno il solito andamento grave, progressivo, ma vanno sempre più mitigandosi.

Così i segni di occlusione intestinale o di peritonite.

La paralisi intestinale che si è sempre osservata non è sempre completa; qualche emissione di gas può infatti verificarsi.

Può essere data occasione di notare una differenza nel meteorismo diffuso da regione a regione, il vomito del periodo iniziale dell'attacco può non ripetersi, il singhiozzo può mancare.

Un diligente esame di questi segni clinici deve far pensare di potersi trovare di fronte a fenomeni ben diversi da quelli dovuti ad occlusione intestinale o a peritonite da perforazione.

Donati spiega queste sindromi addominali acute riflesse a tipo di ileo o di peritonite con due ordini di fenomeni che sono presenti in tutti i casi di questo genere:

a) ritenzione acuta di orina e di pus nella pelvi o nella sacca uropionefrotica;

b) partecipazione al processo infiammatorio acuto della capsula renale, del tessuto perirenale e soprattutto del cellulare sottoperitoneale.

Si spiega così l'insorgere dei sintomi riflessi così estesi ed accentuati.

Secondo Mackenzie riflessi simili possono essere determinati oltre che dalla presenza di calcoli anche da tutte quelle cause che siano in grado di provocare una contrazione dolorosa del bacinetto e dell'uretere, come una suppurazione o ulcerazione tubercolare. E sempre secondo Donati, ciò deve essere più facilmente possibile quando interviene, come nei suoi due casi, oltre alla ritenzione e distensione acuta pelvi-ureterale, la cellulite retroperitoneale, la quale determinando una partecipazione diretta dei tessuti perinervosi, e forse degli stessi filamenti nervosi che decorrono sottoperitonealmente nell'atmosfera perirenale, provoca l'accentuazione dei sintomi riflessi gastrici e intestinali.

Si pensi infine che tali riflessi possono essere provocati anche da semplici interventi asettici sul rene (Tansini, Mantelli, Stoccada).

Così credo anche utile il ricordare quelle sindromi improvvise acutissime che sono state osservate in casi di calcolosi renale e che possono benissimo dar luogo a fenomeni pseudo-occlusivi dell'intestino.

Il quadro morboso messo in evidenza nel nostro caso ci ha fatto fuorviare nel giudizio, facendoci orientare come criterio diagnostico a fenomeni di occlusione intestinale.

Dati anamnestici e semiologici simulavano l'occlusione intestinale; la massa occupava la metà dell'addome e passava anche dall'altro lato, poteva così essere presa per una massa endoaddominale.

Tutti gli altri sintomi che il paziente presentava erano simulati dall'uremia. Forse anche la distensione del peritoneo posteriore e dei nodi gangliari del simpatico possono aver contribuito ad accentuare i sintomi addominali.

È molto suggestiva, e certo quella che meglio spiega la sintomatologia in base alle nostre fondamentali conoscenze di patologia, la spiegazione di Donati di una diffusione di un

processo infiammatorio per contiguità al peritoneo posteriore.

Nel caso da noi riferito però mancavano assolutamente i segni di una flogosi e la sacca stessa era una idronefrosi enorme, ma semplice.

Date poi le gravissime condizioni in cui versava il paziente non ci era stato possibile di raccogliere notizie anamnestiche precise, nè si era potuto praticare l'esame dell'orina, nè la azotemia, per il fatto che il paziente fu ricoverato ed operato d'urgenza e non aveva orinato prima dell'atto operativo.

I fenomeni clinici degni quindi di maggior rilievo nella nostra osservazione erano i sintomi di occlusione intestinale e la presenza della tumefazione, che dall'epigastrio si estendeva alla fossa iliaca destra, fino all'arcata inguinale.

Questo caso per la posizione mediana del rene fortemente spinto all'innanzi dalla lordosi sacrale, somiglia molto al già citato caso di Caraven, nel quale si trattava di un rene a ferro di cavallo.

Si comprende come sia importante anche da un punto di vista pratico il porre un diagnostico esatto in casi di questo genere.

Già perchè non sempre è indicato un intervento d'urgenza per la lesione renale causa della sindrome, poi perchè il cercare di intervenire sul rene attraverso il peritoneo in molti casi può essere anche causa di inconvenienti gravi.

L'impressione che si ha leggendo la storia degli altri casi riferiti, e considerando il nostro, si è che manca sempre qualche sintoma fondamentale in questi malati.

Un più accurato esame obiettivo esteso anche all'apparato urinario, avrebbe permesso forse in altri casi, certamente nel nostro, di correggere la diagnosi.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso d'idronefrosi, in rene unico (l'altro rene era aplasico); la tumefazione si estendeva dall'epigastrio alla fossa iliaca destra fino all'arcata inguinale; mancavano segni di flogosi; erano presenti sintomi d'occlusione intestinale, verso la quale s'orientò la diagnosi.

BIBLIOGRAFIA.

DONATI. *Sindromi acute a tipo perforative o di ileo, nel corso di pionefrosi.* Archivio Italiano di Urologia, vol. I, fasc. 2, 1925.

LUSSANA. *Sindrome di occlusione intestinale in ascesso lombo iliaco sinistro.* Ibid., vol. IV, fascicolo 6, 1928.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Alla ricerca della tubercolizzazione infantile.

Dott. GAETANO NOTARANGELI.

Ho ricercato nel maggio decorso, a mezzo della tubercolinoreazione, gli infetti di tubercolosi nelle scuole e nell'asilo infantile del paesello dove esercito.

Ho praticato ad ogni scolaro la cutireazione di Pirquet con tubercolina pura umana dell'Istituto Sieroterapico Milanese e, poichè, tale prova è stata infirmata di scarsa sensibilità, ho praticato contemporaneamente la prova intradermica di Trambusti (*Bollett. Istit. Sierot. Mil.*, vol. VII, fasc. VII; *Riv. di Clin. Ped.*, n. 4, 1929), che consiste nell'infiggere nel derma per circa 5 mm. un ago da siringa, già immerso in una diluizione di tubercolina 1:9 con soluzione fenicata al 0.50 %. Anche per questa seconda prova ho usato la tubercolina umana dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Gli scolaretti si mostravano più riluttanti alle ripetute scarificazioni della Pirquet che all'unica rapida puntura della Trambusti.

Non ho osservato alcuna spiacevole reazione.

Ho letto il risultato dopo 24 e 48 ore.

Riassumo nello specchio i risultati ottenuti:

Età	N.	Pirquet			Trambusti			%	+
		—	?	+	—	?	+	Pirquet	Trambusti
3 = 14	204	159	4	41	157	—	47	20	23

Considerando come più vicino al vero il risultato ottenuto con la Trambusti, nella popolazione scolastica di 204 alunni (che è poi la massima parte della popolazione infantile) di un paese montano di circa 2000 ab. ho trovato 47 tubercolizzati, cioè una percentuale del 23 %.

Non faccio commenti, che nulla aggiungerebbero all'eloquenza della cifra; solo mi permetto di richiamare l'attenzione su di una verità che non riuscirà poi una novità per nessuno, ma che non sembra destare soverchie preoccupazioni: la tubercolosi dilaga lentamente ma sicuramente nell'ambiente rurale a sottrarre braccia e capitali alla terra, fonte prima di nostra esigua ricchezza.

RIASSUNTO.

L'A. ha ricercato i tubercolizzati fra 204 alunni di scuole rurali, ottenendo una percentuale di positivi del 20 % con la cutireazione di Pirquet e del 23 % con la intradermoreazione di Trambusti.

Colle S. Magno (Frosinone), luglio 1929-VII.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sull'importanza clinica della velocità di sedimentazione dei globuli rossi, con speciale riguardo alle malattie chirurgico-urologiche.

(V. HUTH e K. MAYER. *Z. Urol. Chir.*, vol. 15, f. 1-2).

La sedimentazione dei globuli rossi del sangue era fenomeno ben noto in medicina, ma solo Fähreus ne studiò per primo il valore clinico. Il sangue può esser considerato — difatti — come una sospensione di globuli rossi nel plasma, nel quale gli elementi corpuscolati per il loro elevato peso specifico trovano condizioni favorevoli alla precipitazione. Ma è da notarsi come la formula

$$V = \frac{2}{9} . g . \frac{s - s^1}{\mu} . r^2$$

(in cui S rappresenta il peso specifico del corpo, S^1 quello del liquido: g = la forza di gravitazione, e μ la viscosità del liquido) non trova nel sangue umano la sua perfetta applicazione. Per spiegare tale anomalia furono invocate le cause più diverse: carica elettrica dei globuli rossi, ammassamento degli eritrociti in massa, aumento della frazione globulinica, senza che alcuna risultasse soddisfacente per la spiegazione. Furono studiate poi nel sangue le sostanze capaci di modificare la V. S. Una di queste è certo il fibrinogeno, poichè se lo si toglie, la V. S. diminuisce. Tuttavia che essa non sia il solo elemento lo dimostra il fatto che in altri casi tolto il fibrinogeno la V. S. aumentava. Fähreus trovò nei suoi esperimenti che la V. S. era legata alla frazione globulinica (sieroglobulina + fibrinogeno), ma da altri autori è stato negato alla globulina qualsiasi importanza nella produzione del fenomeno. Pare certo che le condizioni fisicochimiche del sangue abbiano un valore certo, ma enormemente difficile a precisarsi. Probabilmente il fenomeno è legato ad uno stato di « dispersione ».

Intanto esiste una notevole differenza nelle V. S. tra uomini e donne. Nei primi è di 2-6 mm., nelle donne 3-9 mm., nelle gravide è anche maggiore. In condizioni patologiche può salire a valori 20-40 volte il normale (carcinoma). L'alterazione della V. S. si presenta come l'espressione di un disturbo del ricambio, del chimismo albuminoideo del sangue e dello stato colloidale del plasma.

Non è certo che anche la digestione possa influenzare la V. S. ma sebbene i risultati siano contraddittori, tuttavia è bene eseguire la ricerca a digiuno. Egualmente la V. S. risente della temperatura; l'*optimum* è rappresentato da 16-20°; a temperatura più elevata la V. S. aumenta. Nelle donne la mestruazione altera i valori della V. S. Nell'iperglobulia la reazione è affrettata, negli stati oligoemici e cachettici, rallentata.

La sedimentazione passa secondo Rothe per 3 fasi: nel primo si tratta di uno stadio di *preagglutinazione*, sedimentazione lenta, nel quale i globuli rossi, si addossano lentamente ed uniformemente: nel secondo, avviene la vera e propria *agglutinazione* (il fenomeno che noi determiniamo) e nel terzo, si continua il rallentamento della sedimentazione, dell'*insaccamento*.

La ricerca dell'autore era stata eseguita col metodo di Wertergren (aspirazione del sangue da una vena con la siringa: mescolanza con una soluzione isotonica al 3.8 % di citrato di sodio nella proporzione di 1:4). Dopo 2-3 ore dalle piccole provette la mescolanza veniva introdotta in tubicini di 2-5 mm. di diametro, e alti 30 cm. Lettura della sedimentazione dopo 1-2-3, 24 ore. Valori espressi secondo la media

$$\frac{H + \frac{H^1}{2}}{2}$$

in cui H è il valore della prima ora, H_2 quello della seconda.

Studiando i prostatici si è visto: 1) che la V. S. dipende non dalla malattia di per sè, ma dalle condizioni dei reni e dalla loro funzione. Malattie accidentali non hanno alcuna influenza sulla stabilità del fenomeno; 2) La ipertrofia prostatica di per sè, non altera la V. S. se i reni sono sani; 3) I risultati di altre prove della funzionalità renale sono in rapporto al valore medio di Westergren, ad eccezione di alcuni casi con prognosi cattiva; 4) Dopo la prostatectomia si può osservare una tendenza ad una regolarizzazione del fenomeno, mentre prima era irregolare; 5) La causa della sedimentazione non è il fibrinogeno, ma risiede in un componente del siero.

La V. S. è stata poi studiata anche nei tumori maligni della prostata e della vescica, nella calcolosi renale e ureterale, nella idronefrosi e nella tubercolosi renale, con i seguenti risultati: 1) nei tumori maligni della vescica e della prostata, la V. S. è aumentata; 2) valori superiori a 50 significano l'esito a breve scadenza. Esiste poi un acceleramento evidente ed irregolare della sedimentazione; 3) sembra certo uno stretto rapporto tra i valori del Δ nel sangue superiore a 0,60 e V. S. superiore a 50; 4) in affezioni chirurgiche del rene con distruzione della loro sostanza, i valori della V. S. raggiungono cifre 5-10 volte il normale; 5) la V. S. rappresenta, insieme con gli altri, un metodo di diagnosi atto a distinguere i tumori maligni della prostata dai benigni; 6) i valori medi della V. S. dei globuli rossi, offrono un quadro delle condizioni della funzionalità renale.

E. M.

TISIOLOGIA.

È esatta la legge di Marfan per la tubercolosi polmonare?

(LAMOTHE. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, n. 17, 20 giugno 1929).

Marfan nel 1886 concludeva un suo studio sui luposi e scrofolosi con queste parole:

« 1) È quasi di regola che i luposi e gli scrofolosi ben guariti non abbiano mai tubercolosi polmonare;

2) Quelli non guariti sono raramente colpiti da tubercolosi polmonare; gli affetti da lupus o scrofola, non guariti e che siano dei tisici, sono una eccezione;

3) I tisici che non hanno mai avuto nè lupus nè scrofola sono in numero considerevole se si paragonano a quelli che hanno un lupus o delle scrofole;

4) I tisici portatori di una cicatrice di lupus o di scrofola guariti sono del tutto eccezionali. Quando si osservano dei casi eccezionali si può notare che la tubercolosi polmonare ha una evoluzione estremamente lenta e non ha che una debole ripercussione sullo stato generale ».

L'A. si domanda se ciò sia esatto o se non meriti una revisione, e a questo scopo ha controllato questa legge su 1483 ricoverati del sanatorio di Feuillas. Egli ha potuto notare che nonostante la grande rarità dei casi di scrofolosi guariti che sono poi divenuti dei tubercolosi, ha potuto riscontrare diverse osservazioni di tubercolosi evolutiva in antichi scrofolosi con lesioni in atto o guarite.

Di fronte alla grande somiglianza dei sintomi, della diagnosi, decorso, prognosi e cura della tubercolosi negli scrofolosi e nei non scrofolosi che si deve pensare delle leggi di Marfan? Il problema non si può risolvere se non si risponde prima: che cosa si può pensare della immunità?

Leon Bernard dice: « Tutti gli uomini sono tubercolinizzabili. Tutti gli uomini sono se non dei predisposti, almeno dei disposti a prendere la tubercolosi in ragione della recettività della specie umana » ed egli continua: « se la specie umana è particolarmente recettiva pel bacillo di Koch; se non esiste per essa una immunità naturale alla tubercolosi, per contro essa si difende con l'immunità acquisita, perchè la tubercolosi è una malattia immunizzante ». È dunque il grado di questa immunità che imprime alla tubercolosi le sue modalità evolutive. Tutti gli uomini nascono uguali davanti al pericolo tubercolosi, e presto o tardi sono tutti infettati dal b. di Koch. Come è che non divengono tutti tubercolosi? Ciò dipende dal fatto che i contagi abituali sono troppo poveri in elementi patogeni per provocare delle manifestazioni cliniche, e sufficienti peraltro a creare una sensibilità specifica alla tubercolina. Le infezioni successive restano poi senza effetto perchè la inoculazione primitiva ha creato una immunità. Queste concezioni si appoggiano su prove sperimentali e prove cliniche indubbie.

Oggidì si considerano le reazioni di sensibilità come una preparazione ai fenomeni di immunità; vi sarebbe un cammino progressivo dalla ipersensibilità verso la immunità. Questa è dapprima locale e cutanea (fenomeno di Koch e analoghi) prima di essere, se lo deve essere, ciò che l'A. non crede, generale e completa.

Ma il fenomeno di Koch si applica perfettamente alla clinica? Si risponderà, senza dubbio, perchè molti presentando una tbc. attenuata e sopratutto localizzata sembrano opporre una resistenza speciale a delle tubercolizzazioni ulteriori spontanee. Molti portatori di lupus divengono assai vecchi ed un quarto solamente presentano dei segni di tbc. polmonare, e ordinariamente assai benigna. Notiamo tuttavia che già clinicamente vi sono molti fatti che infirmano la regola.

Come spiegare che la immunità locale di un ganglio o di un dito sia abbastanza forte per impedire lo scoppio di una bacillosi polmonare?

Besredka dice che l'immunità locale « è quella che si ottiene per vaccinazione di un solo organo, ma che si accompagna, il più spesso, ad immunità di tutto l'organismo intiero ».

L'A. conclude ricordando che i fenomeni di immunità devono essere considerati nella tbc. con grande circospezione. In verità una infezione anteriore non vaccina sicuramente contro la malattia. L'immunità locale, quando esiste (e le scrofole sembrano, se guarite, goderla in alto grado) è delle più fragili ed effimere. *L'immunità per lo meno non è mai assoluta.*

L. TONELLI.

L'esame dei sospetti di tubercolosi polmonare; le false tubercolosi dovute ad affezioni delle prime vie aeree.

(A. DUDAN. *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 7, giugno 1929).

In questo dettagliato lavoro è portato un contributo alla diagnosi differenziale tra le affezioni acute e croniche delle vie aeree superiori con la loro ripercussione sull'apparato bronco-polmonare, e la tbc. polmonare iniziale. La diagnosi differenziale è più apparente che reale, ed un esame rigoroso permette di ridurre al minimo gli errori diagnostici, tanto facili in casi simili.

L'apparato respiratorio va considerato come una *unità* inscindibile; unità anatomica, fisiologica e patologica. Tale condizione, spesso dimenticata, è causa di frequenti errori diagnostici.

Unità anatomica. Le fosse nasali, il faringe,

la trachea, i bronchi, i polmoni si continuano senza soluzione di continuo, e formano una sola e grande via aerea.

Unità fisiologica. Le fosse nasali « preparano » l'aria per le vie aeree inferiori, riscaldandola e rendendola umida, mercè la ricca vascolarizzazione e le pieghe della pituitaria. Le ciglia vibratili arrestano la polvere, e permettono al muco nasale di esplicare la sua azione microbicida.

Unità patologica. Il naso costituisce un organo di difesa delle vie aeree più profonde; una causa che ne diminuisca il suo potere, permette la diffusione dell'infezione, dando luogo alla malattia rino-respiratoria (Kayser) o alla rino-bronchite discendente (Flurin).

A tal proposito vanno ricordate le affezioni delle vie aeree superiori in concomitanza di affezioni polmonari: l'epifaringite dei tisici, l'afonia pretubercolare, la laringite tbc., le emottisi, ecc.

Questa unità dell'apparecchio respiratorio impone al medico, in casi di affezione delle vie aeree, di iniziare il suo esame dal naso, ed estenderlo poi alla gola ed ai polmoni, non accontentandosi d'una visita superficiale, ma giovandosi anche dell'aiuto del rino-laringologo e del radiologo.

Sulle false tbc. polmonari dipendenti da affezioni croniche delle vie aeree superiori esiste una discreta letteratura; tutti sono d'accordo nel dichiarare che le denominazioni « apici sospetti, bronchite sospetta, sospetto di tbc. » sono termini che devono scomparire dal frasario medico, per dar posto a diagnosi più esplicite.

Come esaminare i « sospetti di tbc. polmonare ». Quest'esame dev'essere completo e dettagliato per *ogni* malato, senza omettere quelle osservazioni apparentemente superflue, ma talora di notevole importanza. Importantissima è l'anamnesi; un'anamnesi ben fatta è un gran passo verso una esatta diagnosi. Essa ci informa sugli antecedenti ereditari e collaterali; può dare indicazioni su di un probabile terreno familiare, o in contatti di vita tra il paz. e malati di tbc.

Un primo gruppo di domande servirà a chiarire i precedenti familiari ed i rapporti con tubercolotici; un secondo gruppo di domande informerà su di una eventuale diatesi artritica familiare; è interessante constatare la rarità e la benignità della tbc. nelle famiglie in cui esistono affezioni artritiche: reumatismo acuto e cronico, affezioni cardio-vascolari, rino-faringiti croniche, bronco-polmoniti, polmoniti. La presenza di questa diatesi artritica costituisce una forte presunzione in favore di un terreno esente o poco ricettivo per l'infezione tbc.

Un terzo gruppo di domande informerà su eventuali affezioni del sistema neuro-vegetativo: asma bronchiale, asma da fieno, orticaria, eczema, emicrania, crosta lattea, epilessia, ipercloridria.

Dopo l'anamnesi familiare così condotto, si passa all'anamnesi personale, interrogando con cura il paz. su pregresse affezioni nasali, su malattie delle vie respiratorie, gravi o leggere, su episodi febbrili; dopo si passa all'anamnesi presente, cercando di ottenere risposte esatte sull'inizio e il decorso dell'attuale malattia, e informandosi: 1) sullo stato generale, stanchezza, appetito, digestione, peso; 2) sulla tosse, espettorato (emottisi), dolori toracici, dispnea; 3) sulla coriza, raffreddori o afonia, cefalee; 4) sulla curva termica.

Secondo le risposte, si insisterà su questo o su quel punto. Infine si passerà all'esame del paziente; si osserverà con scrupolosa cura le vie aeree superiori, il naso, il cavo orale, il faringe, il laringe; dopo si passa all'esame polmonare, il quale comprende un esame generale ed un esame in rapporto ad alterazioni delle vie aeree superiori; queste ultime da sè solo possono modificare la grandezza della gabbia toracica.

Esiste un torace tisico? L'A. crede che questa nozione, accettata dalla maggioranza, vada soggetta a revisione; tuttavia bisogna dare scarso peso a questo torace e alle deformazioni descritte dal Freund, se si vogliono evitare errori diagnostici.

Facendo la percussione, bisogna tener conto dello sviluppo muscolare, che può mentire un suono ridotto; l'atelettasia degli apici provoca ipofonesi ed ottusità su tali zone; le deformazioni della colonna vertebrale modificano la sonorità degli apici e delle basi polmonari.

L'ascoltazione, che in questi esami assume una grande importanza, è spesso indirizzata agli apici, ove si ammette che la tbc. polmonare abbia inizio anatomicamente e clinicamente. Di modo che ogni modificazione di respirazione agli apici, ogni « inspirazione rude ed espirazione prolungata », ogni rumore avventizio è considerato come patognomonico d'una tbc. iniziale. Le ricerche batteriologiche e radiologiche hanno invece dimostrato che il problema stetoacustico non è affatto così semplice.

Infatti tra gli apici destro e sinistro esistono differenze anatomiche e fisiologiche allo stato normale. Per la sua condizione anatomica, sull'apice D. si nota normalmente un rumore bronchiale, che può simulare un'affezione specifica di quest'apice; inoltre una respirazione rude all'apice può essere causata da una tracheo-bronchite o da una adenopatia tracheobronchiale.

Anche la diminuzione del murmure vescicolare va considerata con cautela; bisogna ricordare che l'apice D. respira meglio che il S., se quindi vi è diminuzione del murmure sull'apice D., esso è molto sospetto. Altre cause che possono provocare diminuzione del mur-

mure sono: respirazione superficiale, rigidità delle costole superiori, atelettasia degli apici, ostruzioni nasali. Ricordiamo ancora che la presenza di soffi sugli apici possono essere dovuti ad adenopatie o a tracheo-bronchiti, e che i rumori avventizi non sempre sono espressione di tbc. iniziale.

La bronchite dell'apice si presenta con rumore respiratorio rude (diminuzione del murmure e predominanza del rumore bronchiale) insieme a ronchi e sibili.

Il Sergent ha richiamato l'attenzione sulla pleurite apicale tbc., molto frequente, come esponente d'una tbc. abortiva, guarita o quasi, e da interpretare non come una tbc. evolutiva.

Molto spesso i primi segni fisici d'una tbc. nascono nella *zona d'allarme* di Chauvet; questa zona dev'essere esplorata con attenzione speciale.

Come conclusione si può affermare che le modificazioni del reperto ascoltatorio degli apici, mentre non escludono una forma specifica, possono anche essere mantenute da affezioni delle vie aeree superiori; come d'altra parte l'assenza di ogni segno stetoacustico non esclude una infiltrazione tbc. iniziale, come si può riscontrare all'autopsia.

Per affermare l'inizio clinico della tbc. polmonare cronica bisogna servirsi di due mezzi d'indagine d'indubbio valore: l'esame radiologico, ed esame batteriologico.

Questi esami devono essere eseguiti sistematicamente, e non è sufficiente affermare: « Io non ascolto nulla, quindi non v'è nulla! », ma svelare lo stato iniziale d'una lesione specifica prima della comparsa dei segni acustici, i quali sono ad indicare già uno stato più grave ed avanzato.

Senza fermarci ulteriormente su questi due metodi di esame, e passando ai disturbi generali e funzionali delle affezioni croniche delle vie aeree superiori, la nostra attenzione deve essere portata sulle seguenti condizioni: *stato generale*, può risentirne per un'affezione od ostruzione nasale; *febbre*, può essere mantenuta da sinusiti, amigdaliti; *tosse*, può essere d'origine nasale, faringea, laringo-tracheale, od originata da polipi, amigdaliti, condilomi, adenoidi; *espettorato*, può simulare un espettorato bronco-polmonare, mentre trattasi di secrezione delle fosse nasali deglutita; *dispnea*, le ostruzioni nasali, la deglutizione delle secrezioni naso-faringee, una rino-bronchite possono provocare dispnee, talora anche intense; disturbi dispnoici possono essere presenti in individui affetti da rinopatie.

L'*emottisi* è una eventualità sempre grave, ed allorchè è presente, non si devono escludere affezioni polmonari con troppo leggerezza, solo perchè non esistono segni fisici evidenti; occorre in simili casi fare l'esame radiologico e batteriologico, per escludere una lesione polmonare specifica.

Speciale menzione merita la rino-bronchite, affezione che s'inizia nelle fosse nasali, e discende in seguito nel faringe, nel laringe, nella trachea e nei bronchi. Questa affezione così comune e pure così poco nota, si può complicare a congestioni polmonari, a broncopolmoniti, a pleurite. È frequente nei soggetti con malformazioni o affezioni croniche delle vie aeree superiori; ha inizio brusco, 24-48 ore, in seguito ad un raffreddamento o ad una infezione banale « influenzale ».

Si presenta con coriza, mal di gola, tosse con espettorato, cefalea, temperatura subfebbrile o febbrile; la diffusione in basso è caratterizzata da tosse stizzosa, dolore retrosternale, dispnea. I dolori a tipo puntorio, intercostale, sono precoci. L'infezione dura in media 10-20 giorni. L'esame del torace presenta all'ascoltazione indebolimento del murmure vescicolare, predominanza di rumori bronchiali, rantoli crepitanti, sibilanti, ronchi. Questo reperto, presente ai lobi superiori, può diffondersi agli inferiori, ai bronchioli, agli alveoli. Gli esami radioscopico e batteriologico escludono una forma specifica tubercolare, perchè sono sempre negativi.

Carusi.

MEDICINA SOCIALE

Le cause dell'elevata mortalità infantile.

(G. B. Allaria. *La Pediatria del medico pratico*, maggio 1929).

L'età infantile è la prediletta della morte, vi sono momenti speciali all'età dell'accrescimento che favoriscono la morbosità e conferiscono all'organismo del bambino una resistenza minore che per l'adulto.

I coefficienti massimi di mortalità si hanno nel primo anno di vita a cui seguono, in ordine decrescente, il secondo e poi la seconda infanzia (3°-5° anno). La terza parte dei morti del primo anno appartiene al primo mese (affezioni congenite); negli altri 11 mesi prevalgono i morti per malattie dell'apparato digerente.

Sesso. Muoiono più maschi che femmine nella prima e nella seconda infanzia; nella puerizia, il rapporto tende ad invertirsi e nella adolescenza muoiono più maschi che femmine. Il fenomeno è comune in tutte le nazioni e concorre a determinare una durata media di vita alquanto minore nei maschi.

Le cause prevalenti di morte sono: 1) per i maschi affezioni congenite ed immaturità, eclampsia infantile, morbillo, scarlattina e difterite, meningiti acute non tubercolari, morti violente accidentali; 2) per le femmine, la pertosse, l'ileotifo, le malattie tubercolari.

Stagioni. Si hanno due massimi di mortalità infantile (invernale ed estivo) e due minimi (primaverile ed autunnale).

Dei tre gruppi principali di cause della mor-

talità infantile, due uccidono specialmente di inverno (le affezioni congenite e le malattie dell'apparato respiratorio) ed il terzo d'estate (malattie dell'apparato digerente).

Si comprende che gli immaturi, gli atrofici, i minorati per malformazioni congenite non possano reggere contro il rigore della stagione e così pure che questo influisca per determinare la maggiore mortalità per malattie acute dell'apparato respiratorio.

Speciale considerazione merita la spiccata e costante recrudescenza estiva della mortalità per malattie acute dell'apparato digerente e, più esattamente, per la *diarrea estiva dei lattanti*. I lattanti sani allattati regolarmente al seno materno ne sono quasi del tutto immuni. La strage massima si ha fra gli assistiti da brefotrofi mal diretti e nei lattanti di famiglie povere.

I momenti eziologici che predispongono e producono la gastroenterite acuta estiva sono:

1) Piccoli errori prolungati e ripetuti di alimentazione: sovraalimentazione abituale (pasti troppo frequenti o troppo abbondanti), ipoalimentazione cronica, cibi disadatti all'età od alterati.

2) Il caldo ambiente eccessivo, che può essere determinato: *a*) dal caldo estivo (sono più micidiali le estati torride umide ed, in una stessa estate, le giornate più afose); *b*) il calore di camera; basta la temperatura di 30° per provocare facilmente la diarrea nei piccoli bimbi; disastroso è, a tale riguardo, l'ambiente delle soffitte arroventate tutto il giorno dal sole; pericolose sono poi le camere se è deficiente la ventilazione e se si produce molta umidità; *c*) il calore di abiti e coperture; è nota, a tale riguardo, la febbre artificiale del neonato, prodotta da involti troppo termocoibenti o da sorgenti termiche artificiali (bottiglie di acqua calda) usate male a proposito.

Questi momenti agiscono provocando indebolimento funzionale dell'apparato digerente, diminuzione del potere digerente ed affievolimento del potere immunitario, nonchè la disidratazione organica patologica.

3) Alterazione delle sostanze alimentari, fra cui in modo specialissimo, il latte. Si devono inoltre aggiungere i cibi disadatti troppo spesso somministrati per eccessiva condiscendenza e le sostanze non alimentari spesso ingerite dal bambino (terriccio, foglie sporche) eludendo la sorveglianza.

Fattori regionali. Si hanno differenze notevoli nelle grandi città italiane, secondo il clima, la frequenza dell'allattamento materno, il grado di coltura media, di agiatezza, ecc.

Calamità pubbliche, fra cui sono da annoverarsi le epidemie, le guerre, i fenomeni tellurici, le carestie.

Abitazioni. Influenzano la mortalità infantile: 1) il grado di densità della popolazione (a densità maggiore corrisponde maggiore morìa); 2) il tipo di costruzione delle case (mortalità minima delle case moderne ben costruite); 3) l'ampiezza dell'alloggio.

Condizioni sociali-economiche. In generale, la mortalità è maggiore nelle famiglie povere; si tratta però di un fenomeno a cui concorrono diversi fattori legati allo stato economico-sociale.

Professione dei genitori. Ha particolare importanza la professione della madre; in generale, i figli di madri operaie muoiono in maggior proporzione e, fra quelli che sopravvivono, si hanno elevati coefficienti di rachitismo, di scrofolosi, ecc. Tale fenomeno è da attribuirsi a diverse cause, quali, la gracilità della donna operaia, il decorso spesso non normale della gravidanza nella donna operaia, le difficoltà che spesso si oppongono a questa per l'allattamento del proprio nato. Per tutte tali considerazioni, si deve ritenere che la maternità delle donne-operaie costituisce un grave problema demografico.

Un caso speciale e pietoso legato alla professione della madre è la frequentissima morte di lattanti figli di balie retribuite.

Coltura dei parenti. L'ignoranza (specialmente se unita al pauperismo) è un forte momento eziologico della mortalità dei bambini, specialmente come inesperienza delle madri sull'allevamento del figlio, aggravata dall'accumulo di pregiudizi secolari.

Stato di salute dei genitori, fra cui si può anche ascrivere la consanguineità. Hanno inoltre influenza la morte precoce dei genitori stessi e l'alcoolismo.

Prolificità. In linea generale, le nazioni più prolifiche hanno anche una maggiore mortalità infantile; i due fenomeni non decorrono però paralleli, sicchè la probabilità di vita dei bambini nelle nazioni più prolifiche è, in generale, minore che nelle altre. Il fenomeno appare più costante se si considera l'unità famigliare; risulta, di fatto, da diverse statistiche che i figli delle famiglie più feconde hanno una vita media più breve che i fi[illegible] di famiglie meno feconde; tale fenomeno è comune a tutte le classi sociali, sebbene sia più intenso nelle famiglie più disagiate ed incomincia ad apparire manifesto nelle famiglie con almeno cinque figli.

Per quanto riguarda l'ordine di genitura, si osserva che la mortalità si conserva moderata per i primi quattro nati, è alquanto maggiore per i primogeniti che per i due seguenti; dal quintogenito in poi, la mortalità si aggrava progressivamente sino a colpire più della metà dei lattanti dopo il decimo figlio.

Notevole è la mortalità precoce dei gemelli.

Stato civile dei bambini. La mortalità dei bambini illegittimi entro il primo anno di età in Italia, supera di un terzo quella corrispondente dei bambini legittimi coetanei. Tale mortalità è sostenuta specialmente dalle cause congenite e dalle affezioni acute dell'apparato digerente.

Tipo di allattamento. La mortalità massima durante il primo anno di età dipende essenzialmente dai tipi non materni di allattamento, aiutati dagli altri fattori prima registrati.

La mortalità per malattie acute dell'apparato digerente ha subìto un peggioramento in questi ultimi due anni; essa è legata alle cause che ostacolano l'allattamento materno ed in genere agli errori alimentari a cui cooperano numerosi fattori di ambiente.

Invece è in via di netta diminuzione la mortalità per gli altri due gruppi causali principali, le affezioni congenite e quelle acute dell'apparato respiratorio; ulteriori miglioramenti si è in diritto di attendere anche per tali cause.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Ricchi. *I traumi dell'occhio e la legge sugli infortuni del lavoro.* L. Cappelli ed. Bologna, 1929. L. 35.

Il volume è diviso in due parti principali, di cui la prima riguarda la traumatologia dal punto di vista medico, la seconda l'infortunistica vera e propria e cioè la questione medico-legale. Nella prima l'A. tratteggia a grandi linee le diverse lesioni che si possono avere nell'occhio in seguito a traumi di qualsiasi natura, siano essi diretti o indiretti. Senza fermarsi a descrizioni particolareggiate di sintomi, che si possono trovare in ogni trattato di oculistica, nè su inutili notizie intorno alla natura dei corpi vulneranti, al loro modo di agire, ecc., l'A. ha cercato di dare un quadro abbastanza chiaro di tutte le lesioni traumatiche, non trascurando neppure il dettaglio di ciò che può essere utile nei casi dubbi. È doloroso però dover constatare che in un manuale, che è abbastanza completo, non vi è una sola parola su un argomento importantissimo, che oggi costituisce un capitolo intero della traumatologia, e cioè sulla meningite sierosa traumatica. Molte volte, anzichè parlare di nevrosi traumatiche, è più opportuno parlare di meningite sierosa traumatica; e questa diagnosi non può che farla l'oculista con un esame completo ed accurato di tutta la funzionalità visiva. È una lacuna che ci auguriamo di vedere colmata nella prossima 2ª edizione.

La parte medico-legale dell'infortunistica è ampiamente trattata, e qui l'A. dimostra larghezza di vedute ed obbiettività completa nella discussione; non si può che approvare e sottoscrivere pienamente le sue conclusioni.

Scritto in forma chiara e semplice, si legge con piacere e si consulta volentieri in tutti i casi dubbi che si presentano giornalmente alla nostra osservazione; è un libro, in aggiunta, che non interessa solo il cultore della specialità, ma che starebbe bene sul tavolo di ogni medico generico, specie di quei medici condotti che, vivendo lontano dai grandi centri dove vi sono ospedali e specialisti, debbono redigere il primo certificato che costituirà in seguito la base di tutta la discussione ulteriore.

Mezzatesta.

E. Hertel. *Stillings pseudo-isochromatische Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes.* 18ª Ediz. Thieme, Lipsia 1929, leg. M. 22.

Le tavole di Stilling sono tra le migliori in uso nell'esame della percezione dei colori. In quest'ultima edizione sono divise in 16 gruppi, ognuno di questi formato da numerose tavole. L'edizione è molto accurata.

Valdoni.

Monbrun et Casteran. *La haute fréquence en ophtalmologie.* Masson et C.ie éd. Paris, 1929. Frs. 16.

L'alta frequenza può essere usata davvero con vantaggio dagli oculisti, purchè sia opportunamente adoperata. In questo piccolo volume si trovano tutte le notizie riguardanti gli strumenti, i metodi e le indicazioni operatorie, ed anche i risultati che se ne possono ottenere. Diviso in due parti fondamentali, nella prima sono trattati i metodi utilizzabili in oftalmologia, e nella seconda le indicazioni e i risultati. Gli AA., determinando le indicazioni e le controindicazioni, determinano anche la tecnica da seguire e lo strumentario speciale da usare. Manualetto senza pretese, è scritto in forma piana ed accessibile anche ai profani di elettroterapia.

Mezzatesta.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXV Congresso di Medicina Interna.

(Continuazione; vedi numero precedente).

Comunicazioni in rapporto al tema: Micosi polmonari.

F. SCHIASSI (Bologna). — L'O. tocca i punti delle questioni inerenti alle micosi polmonari che hanno attinenza con il particolare decorso del quadro morboso in due casi osservati in cui lo studio clinico fu completato dal reperto anatomo-patologico. Sorvola sul caso pubblicato due anni or sono e citato dal Relatore e descrive un caso ancora inedito. Si trattava di un uomo di 40 anni, mugnaio. Dopo un trauma al torace manifestò dolori nella sede del trauma con febbre. Il quadro morboso era caratterizzato da periodi febbrili alternati con febbricole e con brevi periodi di apiressia; suppurazione della parete toracica con formazione di numerose fistole; retrazione dell'emitorace colpito, ispessimento pleurico, infiltrazione del parenchima; dolori persistenti tenaci; dimagramento estremo. Tutti i tentativi terapeutici si dimostrarono inefficaci compresa la intensa cura iodica. Dall'escreato fu coltivato in terreno di Sabouraud un micete che fu ascritto al genere criptococcus. Ricerche sperimentali compiute nell'Istituto del prof. Ottolenghi dimostrarono che il micete era patogeno per il ratto, la cavia, il coniglio nei quali provocava un quadro morboso di durata più o meno lunga ma sempre mortale.

Il reperto anatomo-patologico nel malato venuto a morte dopo 18 mesi di malattia dimostrò nel polmone sinistro e nel rene destro grovigli miceliali in mezzo a una abbondante proliferazione di connettivo.

JAFOLLA G. (Napoli). — *Reperti radiologici nelle micosi polmonari.* — È degno di nota che di una affezione non troppo frequente, o per lo meno non facilmente diagnosticabile, l'O., durante il decorso anno scolastico nella Clinica del prof. Boeri, ne ha osservato 6 casi

Molti AA. ritengono le micosi polmonari abbastanza rare, mentre esse rappresentano un campo fecondo di studi e di ricerche.

Radiologicamente nei sei casi osservati, l'O. ha trovato:

1) come topografia le lesioni micotiche si possono riscontrare in qualunque punto dell'ambito polmonare: zone predilette però sono le regioni ilari e le zone mediastiniche, ma possono anche aversi localizzazioni in un lobo polmonare o in parte di esso;

2) nei casi studiati la regione apicale propriamente detta è quasi sempre rispettata;

3) le lesioni micotiche non avendo topografia ben definita non hanno quindi un aspetto caratteristico;

4) la forma delle lesioni micotiche è quanto mai varia: può presentarsi come un infiltrato irregolarmente diffuso, più frequente alle regioni ilari e mediastiniche, per lo più bilaterale, ma con prevalenza destra, o come focolaio di broncopolmonite limitato, basale e spesso con formazione di caverne, oppure estese fino ad occupare una vasta estensione del polmone e son presenza di molte caverne di forma e dimensioni diverse.

TARSITANO A. e AMATUCCI MALLARDO (Napoli). — *Il metabolismo basale e l'equilibrio acido basico nelle micosi polmonari.* — In 8 infermi di micosi polmonare, lo studio del ricambio energetico ha dimostrato un metabolismo basale normale in 2 casi e un metabolismo basale aumentato negli altri, con valori estremi da + 12 a + 33 %. Non può essere stabilito un rapporto tra metabolismo basale e abito costituzionale degli infermi. Negli stessi 8 infermi lo studio dell'equilibrio acido-basico ha dimostrato valori della tensione del CO2 alveolare e della riserva alcalina normali in tre casi, valori diminuiti sugli altri, fino a cifre minime di 32 mmHg. per la tensione del CO_2 alveolare e di 48,62 cc. di CO_2 per 100 cc. di plasma per la riserva alcalina.

Il ph del sangue ha oscillato in tutti i casi da 7,30 a 7,37, il ph urinario, da 4,7 a 6,1.

Anche per l'equilibrio acido-basico non si può stabilire un rapporto con lo stato delle lesioni polmonari.

CARPI U. (Milano). — L'O. illustra un caso di *Sporotricosi polmonare* osservato in un uomo di 63 anni, da lungo tempo tossicoloso e che in seguito ad un trauma del torace, aveva presentato segni di un processo a tipo pneumonico del lobo superiore di sinistra, con evoluzione cavitaria.

Il decorso particolare febbrile a ricadute con tendenza della lesione ad invadere la base polmonare, l'assenza nell'espettorato del bacillo di Koch e solo di qualche cocco comune, la R. di W. negativa indirizzarono le ricerche verso un'etiologia micotica.

L'esame culturale praticato con le precauzioni classiche di tecnica, misero in evidenza uno sporotrico, analogo allo *sporotrichum Burmanni.*

La cura (iodo-arsenicale) non valse a modificare il decorso e l'ammalato venne a morte per miocardite tossica.

DE NUNNO R. (Napoli). — L'O. riassume i risultati più notevoli emersi dall'*esame del sangue praticato su 9 infermi affetti da micosi dell'app. respiratorio.* Si trattava di soggetti con lesioni più o meno gravi dovute a miceti diversi: criptococco, monilia, blastomicetoide, sporotricon.

L'emocitometria ha fatto rilevare, costantemente, un valore globulare inferiore all'unità (0,65-0,87); un numero di emazie che andava da un minimo di 3 milioni e 100 mila per mmc., ad un massimo di 5.700.000 e per ciò che concerne i globuli bianchi, nei 2/3 dei casi, una modica leucocitosi, variante da 10.625 a 16.300.

La formula leucocitaria ha presentato, di particolare, un leggerissimo ed incostante aumento dei neutrofili e, solo in due infermi, una lieve eosinofilia (5-5,6 %).

Di grande interesse si è rivelato, inoltre, lo studio dello schema di Arneth, poichè si è trovato nettamente deviato a destra. Ciò anche in un caso di blastomicetoidomicosi con estesa infiltrazione pleuro-polmonare, fatti cavitari, ecc. Un solo infermo ha fatto apparentemente eccezione a questa regola ma in esso, ulteriormente, è stata rivelata la presenza, nell'espettorato, anche dei bacilli di Koch.

Il quadro ematologico delle micosi dell'apparato respiratorio, stando ai casi studiati dall'O., pochi invero, si presenterebbe, dunque, molto dissimile da quello delle affezioni tubercolari. Specialmente il riscontrato spostamento verso de-

strà della formola di Arneth, gli sembra degno di richiamare, in modo particolare, l'attenzione degli studiosi perchè, se il fatto dall'O. osservato trovasse conferma anche da parte di altri ematologi, potrebbe acquistare, nella diagnosi differenziale fra micosi e tubercolosi dell'apparato respiratorio, notevole valore.

MASUCCI M. e NUZZI P. (Napoli). — Gli OO. partendo dal fatto che nella sintomatologia generale della tbc. polmonare vi sono segni che per la loro frequenza hanno assunto notevole valore come esponenti della infezione tubercolare, hanno indagato la esistenza o meno di questi sintomi nelle micosi polmonari, per poter eventualmente trarre note semeiologiche differenziali fra tubercolosi e pseudotubercolosi (da micosi) polmonare.

Gli OO. hanno rilevato ad es. che nei casi di micosi polmonare non esiste mai micropoliadenopatia, nè la sindrome muscolare apicale descritta dal Boeri e frequentissima nella tubercolosi.

Così pure hanno osservato che non si riscontra mai nelle micosi ipotensione arteriale ed ipotonia muscolare, che sono dei sintomi generali più costanti della tubercolosi polmonare.

Inoltre non esiste alcun rapporto fra costituzione e micosi polmonari al contrario di quanto accade nella tbc.

FORMICOLA P. e POLESE N. (Napoli). — *La terapia delle micosi polmonari.* — I pazienti affetti da micosi dell'apparato respiratorio curati nella nostra Clinica sono stati 9, i rimedi adoperati sono stati:

1) vaccino ipticoccico per via sottocutanea;
2) vaccino cripticoccico per via endotracheale emulzionato in olio di fegato di merluzzo;
3) iniezioni endotracheali di olio gomenolato al 5%;
4) iniezioni endotracheali di Iolipinico al 20;
5) iniezioni endovenose di Tripdico;
6) iniezioni di iodoformio e trementina;
7) iniezioni endovenose di cloruro di calcio;
8) iniezioni sottocutanee di Myo-Salvarsan.

I suddetti rimedi non sono stati adoperati mai contemporaneamente sullo stesso paziente.

I risultati non ottenuti sono:

il vaccino criptococcico iniettato per via endotracheale non ha fornito dati apprezzati circa la sua azione, iniettato per via sottocutanea agli stessi pazienti ha dimostrato la sua azione benefica in uno solo di essi;

il tripdico per via endovenosa è stato usato in 6 micotici; in 2 fu sospeso perchè mal tollerato, in 1 non ha apportato giovamento, in 3 ha giovato moltissimo.

La iodipina per via endotracheale usata in 6 micotici ha dato buoni risultati in 2, mentre in 4 non ha apportato risultati apprezzabili.

Il cloruro di calcio è stato adoperato a scopo sintomatico in due casi in momento di emoftoe.

L'olio gomenolato non ha apportato vantaggio in nessun paziente.

Il Myo-Salvarsan, praticato in due dei suddetti ammalati non ha dato risultati degni di rilievo.

In conclusione quindi tre soli ammalati non hanno avuto miglioramento di sorta; uno di questi perchè affetto da simbiosi -micosi tubercolari con diabete.

L'iodio indi resta ancora anche in base alle nostre ricerche il rimedio migliore delle micosi.

AMATUCCI MOLLARDO C. e TARSITANO A. (Napoli). — *Ricerche chimiche sugli espettorati dei micotici polmonari.* — Mentre per la tubercolosi polmonare lo studio chimico degli espettorati è stato ampiamente svolto, mancano nella letteratura ricerche sistematiche sugli espettorati di infermi di micosi polmonare, in quanto la casistica di queste ultime affezioni soltanto nei tempi recenti si è andata facendo più numerosa.

Si sono perciò col collega dott. Tarsitano, istituite ricerche sugli espettorati di 8 infermi di micosi polmonare, osservati e eseguiti in clinica e in ambulatorio e propriamente si sono studiate le seguenti reazioni: l'albumino-reazione di Roger e Levy-Valensi, le reazioni cromatiche delle proteine, le reazioni di Ehrlich, di Moritg, Weiss, dell'Alizurina, la reazione cromatica di Germino; si sono praticate inoltre ricerche sui fermenti peptici, triptici e lipolitici, si è determinato il pH, e si è studiato il comportamento della colesterina e del glicogeno.

Dai risultati delle ricerche si traggono le seguenti conclusioni:

1) l'albumina, assente in un caso, è contenuta negli altri casi in quantità scarsa: ciò differenzia nettamente gli infermi di micosi polmonare con lesioni molto estese dagli infermi di tubercolosi con eguale estensione di lesioni;

2) la reazione del biureto, la xantoproteica e quella del triptofano sono positive, laddove la reazione di Millon e quella dello zolfo sono negative: cioè a dire, la proteina degli espettorati dei micotici manca di ammino-acidi contenenti nuclei monofenolici e di quelli contenenti zolfo;

3) le reazioni di Ehrlich, di Moritz-Weiss, di Germino, di Roncal non mettono in evidenza prodotti di degradazione della molecola proteica, mentre con la stessa reazione tali prodotti si rivelano negli espettorati tubercolari;

4) il pH oscilla tra 6-7 e 7-5;

5) i fermenti peptici sono assenti, i triptici sempre presenti, i lipolitici non mostrano comportamento costante;

6) la colesterina è presente in quantità scarsa;

7) la percentuale di glicogeno è bassa, carattere questo che differenzia gli espettorati micotici da quelli tubercolari, se si paragonano infermi di eguale gravità.

Esaurite le comunicazioni inerenti alla Relazione il PRESIDENTE inizia la

Discussione della Relazione.

DEVOTO L. (Milano). — Segnala due punti importanti delle relazioni Boeri-Jacono che hanno stretto rapporto colla clinica della patologia polmonare atubercolare, e colla medicina del lavoro. La dizione *pseudotubercolare* ha fatto il suo tempo; perchè questo vocabolo venne adottato specialmente per definire alterazioni apicali che avevano qualche elemento per essere ritenute di natura tubercolare senza essere tali. Ora si sa che le alterazioni apicali nella tubercolosi polmonare, specie dopo le conquiste della radiologia, non costituiscono sempre la fase iniziale, quindi non conviene più tener fermo il nesso semeiotico e topografico che in tempi lontani aveva fatto adottare la designazione di pseudotubercolosi per la patologia apicale atubercolare.

Il lato sociale delle due relazioni è veramente notevole, perchè i dati presentati varranno ad allargare la portata della legge sulle assicurazioni contro le malattie professionali.

Ritiene che le misure preventive dovranno avere più largo sviluppo per proteggere sovratutto

le classi rurali ed operaie più esposte alle micosi polmonari. Tra queste mette le visite preventive e periodiche che per alcune categorie di lavoratori sono prevedute da illuminate provvidenze governative.

ZIRONI (Milano). — Chiede se la iperrecettività sperimentalmente dimostrata possa avere qualche importanza nella patogenesi della infezione da miceti nell'uomo. Si ammalerebbero solo i portatori nei quali insorge iperrecettività.

Chiede anche se non sarebbe il caso di provare nell'uomo la azione terapeutica che Dessy sotto la direzione dell'O. ha dimostrato nella nocardiasi del coniglio in alcune sostanze coloranti.

FRUGONI C. (Padova). — Conviene coi Relatori nel senso che cuti- e intradermoreazioni positive con antigeni micotici possono aversi in soggetti senza dimostrabili localizzazioni micotiche e anche in soggetti apparentemente sani.

Praticando in asmatici bronchiali sistematicamente cuti- e intradermoreazioni con antigeni aspergillari, si osserva in una certa percentuale di casi cutireazione positiva.

Si tratta di asmatici bronchiali sensibilizzatisi agli aspergilli per via inalatoria, di asmatici di tipo spesso localistico di individui spesso viventi in ambienti umidi a sindromi fra le più insistenti e di difficile trattamento. Ma in essa categoria di asmatici pur dovendosi convenire sulla costituitasi ipersensibilità respiratoria agli aspergilli stessi non riuscì dimostrazione di localizzazione micotica respiratoria o altrove.

Concludendo: cuti- e intradermoreazione aspergillare positiva tengono a corrispondente ipersensibilità ma non sempre corrispondono a *dimostrabile* localizzazione o infezione micotica nell'organismo, il che naturalmente non esclude latenza o presenza nell'organismo stesso.

CANTANI A. (Napoli). — Esprime la sua ammirazione per il prof. Boeri e per la sua scuola per gli studii compiti sulla micosi polmonare, richiama l'attenzione sulla importanza delle infezioni miste nelle micosi polmonari ed accenna ad esperimenti da lui stesso istituiti e pubblicati molti anni or sono sull'associazione tra ifomiceti e bacillo della tubercolosi, con risultati se non brillanti, abbastanza persuasivi.

ARNONE (Palermo). — Chiede se nella letteratura esistono altri casi di bronchite fibrinosa da micosi oltre i due casi pubblicati dall'O. nel 1909, accertati allo esame batteriologico e microscopico, riguardanti il 1° la moglie di un pecoraio, il 2° un operaio che ammalò in seguito allo espurgo di una fogna. Tutti e due i casi guarirono.

REDAELLI P. (Pavia). — L'O. rileva l'importanza delle relazioni di Boeri e Jacono a proposito delle micosi polmonari: rileva che le conclusioni del prof. Jacono a proposito del comportamento di una specie di miceti in condizioni sperimentali e più precisamente sulla produzione di campi fruttiferi in parassitismo. L'O. crede il fatto sia dovuto allo sviluppo del fungo nel polmone che è organo molto acuto, mentre, il dato pur essendo interessante non può avere una generalizzazione. L'O. infine fa l'appunto che le diverse specie che hanno servito per le esperienze dei relatori, non hanno raggiunto una determinazione botanica definitiva: questo fatto non ha solo un valore ed un significato botanico ma può avere una rispondenza clinica in quanto se specie di generi diversi di schizomiceti danno forme cliniche diverse, non vi è ragione di escludere che anche specie di generi diversi di funghi possono determinare forme cliniche diverse.

Ricorda infine il notevole contributo che allo studio delle micosi hanno portato in Italia il Perin e sopratutto il senatore Aldo Castellani che tanto alto tiene il nome dell'Italia all'Estero.

MAROTTA R. (Napoli). — Rileva che il prof. Boeri nella sua magnifica relazione ha affermato che l'emottisi rappresenta un sintomo riscontrabile nella quarta parte dei casi. Avendo studiato proprio le « micosi respiratorie a tipo emottoico », l'O. indica i seguenti caratteri differenziali: 1) l'emottisi tubercolare è preceduta o più spesso seguita da innalzamento della temperatura; 2) l'emottisi può rappresentare una delle manifestazioni iniziali della tubercolosi, mentre le emottisi da funghi sono ordinariamente tardive; 3) le emottisi dovute a micosi respiratorie sono più rapidamente dominate dalla comune terapia (coagulanti, ecc.) al contrario di quelle tubercolari che cessano con maggiore certezza; 4) nella tubercolosi lo iodio può servire come spia, come rivelatore di emottisi, al contrario di quanto avviene sulle micosi, ove l'igiene congestizia, vasodilatativa dello iodio sostituita sull'azione (in certi infermi quasi specifica) di tale sostanza sulle lesioni da funghi.

Rileva poi come le micosi « primarie » pur avendo una certa frequenza, vanno ben distinte da questa forma di tubercolosi senza reperto del bacillo di Koch. Il fungo in tali casi, apparentemente agente patogeno primario, è in realtà sovrapposto ad una di quelle lesioni tubercolari (e non sono rare) che giungono sino all'epilogo senza che all'esame dell'espettorato si riscontri il bacillo della tubercolosi.

Risposte dei Relatori.

G. BOERI (Napoli). — Ringrazia il prof. Schiassi del pregevole contributo da lui portato all'argomento con due casi interessanti. Non può però accettare completamente l'opinione dell'O. che le micosi abbiano caratteri clinici particolari che ne possono permettere la identificazione diagnostica. Crede che nessun segno o sintoma speciale esse presentino. Infatti la cachessia che il prof. Schiassi rileva non può certo distinguere le micosi dalla tubercolosi in cui la cachessia è stata notata fin da Ippocrate ed è anche nella nozione popolare. Anche i dolori non hanno importanza perchè nella tubercolosi le algie sono comunissime e non occorre ricordare lo pseudo reumatismo alla Poncet. Lo stesso vale per le fistole e gli ascessi della parete toracica che, sebbene più raramente, possono riscontrarsi anche nella tubercolosi. Tuttavia ritiene doversi registrare l'interessante contributo portato dal prof. Schiassi.

Anche il prof. Carpi avrebbe notato qualche nota semiologica e sopratutto radiologica, che sembrerebbe alquanto caratteristica delle micosi, e il caso che egli riferisce è infatti importantissimo. Ma anche egli conviene che ha pensato alla tubercolosi e soltanto il reperto microscopico gli ha permesso di riconoscere la micosi. Egli non ha avuto successo con la cura iodica: e in questo punto l'O. deve dichiarare che gli è sembrato in generale efficacissimo lo iodo, specialmente in alcuni casi; ma anche lui ha l'impressione che sulla sua azione curativa infallibilmente sicura come la dichiarano molti autori, si sia un poco esagerato.

È lieto di avere l'autorevole consenso del collega Frugoni circa la prudenza doverosa nell'accettare i reperti delle cutireazioni in conformità delle note e importanti osservazioni dal Frugoni rilevate nei suoi pregevoli studi sull'asma.

Alla interrogazione dell'egregio collega Arnone rivolta circa la bronchite fibrinosa non può dare risposta esauriente perchè all'O. non è occorso alcun caso di bronchite fibrinosa da micosi.

Ringrazia il Cantani del suo benevole giudizio che è molto lusinghiero data la nota competenza di lui. Molto diffusamente l'O. ha accennato alle simbiosi con le micosi e il correlatore prof. Jacono fornirà ulteriori chiarimenti in proposito.

Agli importanti rilievi del prof. Redaelli, rilievi riguardanti sopratutto la etiologia, risponderà il prof. Jacono. L'O. non può non ripetere la grande considerazione in cui si debbono prendere gli studi pregevolissimi del Redaelli sulle micosi. Si trova poi entusiasticamente d'accordo con lui sul dovere di ricordare ed esaltare la preminenza del prof. Castellani anche nello studio della micologia: nella relazione infatti ha ripetutamente ricordato come la di lui alta attività scientifica emerga brillantemente anche in questo campo. Si unisce volentieri al prof. Redaelli nel ricordare anche le benemerenze non comuni che in questo capitolo spettano al prof. Perin, che anche ha citato nella relazione.

Terrà conto dell'interessante contributo portato all'argomento del collega Boris.

Il prof. A. Marotta ha felicemente messo in rilievo l'importanza che il capitolo delle micosi merita di assumere nella patologia del lavoro, e molto può tale studio guadagnare dal contributo che può apportarvi il Marotta nella sua qualità di Ispettore Sanitario del Comune di Napoli, sopratutto se, come egli ha felicemente prospettato, tale programma venisse accettato dal prof. Nicola Castellino sotto la cui intelligente e solerte direzione fiorisce attualmente a Napoli un attivo e importante centro di studio delle malattie del lavoro.

Il prof. R. Marotta ha portato un acuto contributo alla forma emottoica delle micosi polmonare. Sono preziosi i caratteri della febbre che precede la emottisi nella forma tubercolare, l'accompagna o la segue in quella micotica, della maggiore resistenza alle cure nella forma tubercolare, e dell'azione efficace della emottisi micotica dello iodo che è dannoso, come si sa, nella forma tubercolare. Potrebbe anzi dire che se qualche carattere differenziale si può rilevare tra tubercolosi e micosi quelli indicati dal Marotta sono tra i pochi e i più notevoli.

Ha voluto rispondere in ultimo al prof. Devoto per la grande autorità delle sue parole, autorità che rendono più preziose e più gradite le benevoli e lusinghiere espressioni che egli ha voluto rivolgere all'O. Conosce e l'ha ricordato nella relazione che il prof. Devoto ha nel congresso del 1914 col prof. Tedeschi, e anche prima di allora combattuto il dogma della sede apicale della tubercolosi. È d'accordo con lui sulla improprietà della parola pseudotubercolosi: è per ora confortante che questo capitolo si sia studiato e disciplinato, e la micosi ha molto contribuito a sistemarlo; sarà così più facile cancellare dal nostro dizionario il termine di pseudotubercolosi. Il prof. Devoto ha giustamente osservato che la indicazione dei mezzi di profilassi e di protezione a difesa contro le micosi è stata da parte dell'O. superficiale e insufficiente. Per questo appunto riuscirà più prezioso il contributo dei clinici specializzati nelle malattie del lavoro, e tra questi particolarmente autorevole, quello del prof. Devoto. Crede anzi bene rilevare a questo proposito, che le relazioni dei congressi non possono essere complete nè inappellabili. Ma non è intenzione del Consiglio Direttivo nell'assegnare i temi delle Relazioni nè pretesa dei relatori nello svolgere i temi stessi di presentare una monografia o una trattazione completa e incensurabile. I temi costituiscono soltanto il nucleo di lavoro al quale più ancora che le relazioni portano completamento e importanza i contributi di tutti quelli che ai temi aggiungono la esperienza e il frutto della loro personale osservazione. In questo senso è lieto di aver provocato l'autorevole e preziosa osservazione dell'Ill.mo prof. Devoto.

I. JACONO (Napoli). — Ringrazia tutti gli interlocutori, maestri e colleghi, che hanno recato il contributo prezioso delle loro osservazioni e del loro pensiero e che hanno avuto parole di elogio per la relazione.

Il prof. Schiassi ha recato un interessante contributo con rilievi che trovano pieno riscontro nella parte della relazione che riguarda l'isolamento dei miceti dall'espettorato. Infatti l'O. ha detto che si può non isolare il micete dall'espettorato per tre ragioni: o perchè è difficilmente coltivabile, o perchè non è affatto coltivabile, o perchè nei terreni di coltura lo sviluppo eccessivo di germi associati non permettono l'isolamento del micete in cultura pura.

Il prof. Carpi ha illustrato un caso degno di rilievo ed ha recato osservazioni che collimano perfettamente con quanto l'O. ha avuto occasione di esporre testè ai sigg. Congressisti.

Il prof. Devoto con la sua grande autorità non poteva essere di maggiore incoraggiamento per quanto ha avuto la bontà di dire nei riguardi dei nostri rilievi illustrati a proposito della importanza sociale delle micosi.

Ringrazia in modo particolare il prof. Frugoni le cui osservazioni trovano perfetto riscontro con quanto l'O. ha avuto occasione di scrivere a proposito del valore diagnostico delle reazioni allergiche delle micosi.

Al prof Redaelli deve ripetere che non ha affatto esteso a tutti i miceti patogeni i particolari cicli evolutivi che ha illustrato innanzi al Congresso: ha limitato semplicemente a taluni miceti tali osservazioni, come del resto è anche ripetutamente detto nella relazione scritta. In quanto al rilievo che tali cicli evolutivi possono svilupparsi esclusivamente nel pulmone che è ricco di ossigeno, deve far rilevare che ha osservato tali evoluzioni anche in altri organi e specialmente nelle glandole linfatiche.

Sulla proprietà della parola blastomicete per designare i funghi che presentano questi particolari cicli evolutivi, l'O. si è attenuto strettamente alla classifica del Castellani, il quale con la parola blastomicete designa non solo funghi dei generi saccaromices, monilia, endomices ecc. ma anche i così detti blastomicoidi cui avvicinano i funghi in questione.

Il prof. Cantani ha realmente compiuto studi interessanti sulle simbiosi dei miceti e l'O. ritiene che questo capitolo che è ancora al suo inizio potrà essere sviluppato sopratutto sulla guida delle prime ricerche fatte dal prof. Cantani.

Il prof. Zironi ricorda la sua teoria sulla immunità e domanda se essa possa essere applicata ai risultati immunobiologici osservati nei miceti.

Risponde al prof. Zironi che non vi sono ragioni per escludere la sua ipotesi a proposito di una interpretazione da dare a tali fenomeni immunitari. Nei riguardi dell'uso di speciali sostanze coloranti per la cura delle micosi prende atto degli studi da lui fatti fare nel suo Istituto e lo ringrazia di tale contributo, che ha però bisogno di essere confermato.

Ringrazia i proff. Boris e Marotta Arturo degli interessanti contributi e rileva al prof. Marotta Radegondo che i suoi rilievi a proposito delle emottisi nelle micosi trovano riscontro nelle lesioni di vasi che frequentemente si osservano nei reperti anatomopatologici del pulmone sperimentali ed umani.

Una particolare parola di ringraziamento al prof. Redaelli per il ricordo del prof. Castellani, che lo ha iniziato a questi studi, e al prof. Boeri che gli ha permesso, sotto la sua alta direzione, di compierli e di svilupparli ulteriormente.

Presidenza: DEVOTO.

Comunicazioni sull'apparato respiratorio.

BOSISIO R. (Novara). — *Contributo clinico alla conoscenza delle spirochetosi broncopolmonari.* — L'O. afferma come dopo la prima descrizione della malattia fatta da Castellani, le pubblicazioni sull'argomento siano andate sempre più crescendo di numero. La frequenza della spirochetosi bronco-polmonare varia secondo i climi e le regioni. Le opinioni sulla varietà e patogenicità delle forme spirillari riscontrate nell'espettorato dei malati sono varie, sia per il polimorfismo dell'agente etiologico, sia per la presenza costante di altri germi che possono complicare il quadro morboso.

L'O. fa rilevare il carattere emorragico dell'affezione, la facilità di recidiva e di acutizzazione; dal punto di vista terapeutico gli arsenobenzoli danno buoni risultati.

LUISADA A. (Padova). — *Sulla possibilità di registrare l'elettrobroncogramma nell'uomo.* — Continuando le sue ricerche di elettrobroncografia l'O. modifica la tecnica in modo da poter studiare anche l'uomo. Eseguita l'anestesia della faringe e della laringe con cocaina, l'O. per mezzo di una cannula introduce in un piccolo bronco un elettrodo di cotone umido, collegato per mezzo di un filo isolato all'apparato. L'altro elettrodo è formato da una piastrina di metallo rivestita di stoffa che vien posta circolarmente intorno al collo. L'O. usa sempre un filtro termoionico per escludere lo elettrocardiogramma.

Le curve elettrobroncografiche dell'uomo normale somigliano a quelle degli animali. Però è quasi costante la presenza di un'ampia onda difasica a metà della espirazione, onda che rappresenta un'ampia contrazione attiva dei muscoli lisci del polmone.

LUISADA A. (Padova). — *L'elettrobroncogramma nello schok anafilattico sperimentale* — L'O. ha studiato le variazioni che si hanno nello schok anafilattico sperimentale, confrontando le curve elettriche con quelle del respiro esterno in varie specie di animali.

Egli è giunto alle seguenti conclusioni:

1° Durante lo schok si hanno costantemente alterazioni dell'elettrobroncogramma.

2° Le escursioni elettrobroncografiche sono molto grandi, il che parla per un rinforzo delle contrazioni della muscolatura liscia.

3° E' costante una disergia, per sfasamento di queste escursioni rispetto a quelle delle curve respiratorie esterne, indicando che si è perduto il normale sinergismo fra muscoli striati e muscoli lisci.

4° In qualche caso si può avere l'alternarsi di periodi di ipertonia con scariche di violente contrazioni.

CIPRIANI C. (Torino). — *Tetania da iperventilazione polmonare.* — Riferisce su un caso clinico di una donna di 30 anni nel quale gli accessi di tetania erano preceduti da accesi di polipnea. Durante le crisi le ricerche più volte effettuate nei varii accessi, dimostrarono nel sangue un alcalosi gazosa. (Ph verso l'alcalinità con riserva alcalina diminuita di compenso): l'equilibrio minerale era invece pressochè normale e la calcemia in particolare o normale o leggermente aumentata, mai diminuita, l'urina alcalina e neutra. Le alterazioni acido basiche sono riferibili alla polipnea e le crisi tetaniche all'alcalosi. Il cloruro di calcio endovenoso era poco efficace. Più efficace il cloruro di sodio in soluzione ipertonica endovenosa e l'estratto paratiroideo Lilli secondo Collip.

BRECCIA G. (Genova). — *Il fattore meccanico nella pleurite nel pneumotorace artificiale.* — L'O. già da tempo aveva osservato che le forme di pneumotorace, in cui il polmone assumeva posizioni obbligate per aderenze, che davano al polmone una frazione ilare, o che per soverchia riduzione della massa polmonare potevano indurre una compressione dell'ilo polmonare, presentavano, poco dopo che queste condizioni si verificavano, un versamento pleurico.

Tali pleuriti si iniziavano quando la deformazione ilopolmonare era palese, o quando la compressione ilare per riduzione della massa polmonare appariva più manifesta, e a convalidare la idea che un'ostacolo ilare circolatorio potesse essere la ragione scatenante della pleurite del pneumotorace sta il fatto che nei casi trattati a lungo con il pneumotorace, l'O. ha osservato che il versamento si produceva solo nei casi di riduzione polmonare parziale e collasso incompleto, ma con elevata distensione dell'organo. Sostendendo i rifornimenti gassosi e lasciando impiccolire la bolla gassosa per assorbimento della pleura, il versamento si attenua e può scomparire, mentre insistendo nei rifornimenti e portando questi a un volume che mantenga una pressione effettiva su la circolazione venosa ilare di grado discretamente positivo, il liquido prima diminuisce, ma poi ricresce rapidamente e tende ad occupare tutto il cavo pleurico.

Queste pleuriti, che seguono le vicende della compressione e della deformazione polmonare, hanno, come è universalmente riconosciuto, i caratteri di essudati tubercolari a citologia tubercolare e l'ostacolo non avrebbe che una efficacia occasionale o provocata. Per la cura basta la sospensione delle insufflazioni perchè il liquido decresca; se ciò non avviene bisogna evacuarlo e fare una reinsufflazione modica, senza arrivare alla riduzione polmonare, nella quale si era manifestato il versamento.

PIAZZA V. C. (Palermo). — *Risultati e significato della splenoterapia della tubercolosi polmonare.* — Da varii anni alcuni autori hanno ri

chiamato l'attenzione degli studiosi sui vantaggi ottenuti nella tubercolosi polmonare dalla somministrazione di estratti splenici globali, o dalla irradiazione splenica. Oggi per studiare una tale azione, è necessario colle tecniche moderne indagare a che cosa essa sia dovuta: se al parenchima splenico come semplice alimento, o a qualche sua frazione. Collo studio attuale l'O. ha cercato di individualizzare le varie frazioni del parenchima splenico in base alla azione biologica che deve essere constatata nell'organismo affetto da tubercolosi polmonare. Con una tecnica speciale è riuscito ad ottenere dal parenchima splenico una serie di frazioni più o meno identificabili in base alla loro natura fisico-chimica, di cui l'ultima che presenta ancora qualche reazione dei proteici, ha caratteri fisico-chimici costanti perfettamente differenti da quelli delle altre frazioni. Questa frazione corrisponde al tre per cento circa del parenchima splenico adoperato.

Tale sostanza è stata adoperata per via orale nella dose giornaliera di gr. 0,50-1-2-3 in dieci ammalati di tubercolosi polmonare, diffusa a tutti e due i polmoni, con gravi fenomeni tossiemici. Gli effetti ottenuti sono comparsi dopo molto periodo di somministrazione e si sono fatti sentire sia sulla febbre, sia sulle condizioni generali, sia sui fatti locali; e coincidono in linea di massima con quelli ottenuti dagli altri autori cogli estratti globali. La sola differenza esistente fra i risultati ottenuti con questa frazione e cogli estratti globali è che questa frazione splenica non manifesta alcuna azione diretta sulla crasi sanguigna, che invece è molto evidente cogli estratti globali.

Il significato di tali effetti fuoriesce dal campo della semplice terapia perchè appartiene a quello ben più ampio delle complesse funzioni intime di difesa organica e di intima nutrizione. Questi risultati aprono la discussione sul comportamento di tutte le funzioni più o meno note della milza, sia nel campo normale, sia nel caso della tubercolosi polmonare, dove forse possono fare intravedere, nei casi dove è stata adoperata, una insufficienza funzionale splenica.

ALBERTARIO E. (Milano). — *Contributo clinico alla chemioterapia della citoretina nella tbc. pleurica e polmonare.* — L'O. secondo il concetto che la difesa antibacillare debba essere diretta ad attivare la capacità di lotta del terreno organico più che ad uccidere direttamente il bacillo, ha saggiato l'azione chemioterapica della Citoretina nelle forme tubercolari pleuriche e polmonari. Dei 30 casi curati, cinque non risposero alla cura, in 15 l'O. notò miglioramento delle condizioni generali, aumento del peso, dell'appetito, diminuzione della temperatura, in 10 oltre al miglioramento dello stato generale si ebbe anche un aumento evidente della monocitosi e diminuzione dei bacilli. In parecchi casi il reperto radiografico dimostrò una diminuzione delle ombre polmonari, con restringimento delle zone di infiltrazione.

TREVISAN (Milano). — L'O. mette in rilievo il particolare comportamento della temperatura in tubercolotiche che presentavano segni di insufficienza ovarica. Il rilievo è di interesse scientifico, perchè chiarisce la base eziologica di alcuni squilibri endocrini, e pratico, perchè indica una via terapeutica ben diversa dalle consuete cure antitubercolari.

CHINI V. (Padova). — *Ricerche sperimentali sul meccanismo di azione del pneumotorace artificiale.* — Da alcune ricerche di ordine biologico e biochimico insieme ad indagini istologiche ed ematologiche negli animali (conigli e cani) l'O. è giunto ai seguenti risultati:

1° Il polmone collossato assume una maggiore quantità di materiale colloidale che non il polmone controlaterale.

2° I processi ossidativi risultano ridotti.

3° Il ph del tessuto si modifica nel senso che tende ad una minore acidità che non di norma. Egualmente diminuisce il potere regolatore. Si creano cioè condizioni chimico-fisiche meno adatte allo sviluppo del bacillo di Koch.

Col metodo della colorazione vitale, è stato osservato che il pneumotorace determina di per sè in animali sani una notevolissima proliferazione di natura istiocitaria a punto di origine perivasale, peribronchiale, sottopleurico. Si assiste nell'insieme a quei medesimi fatti proliferativi che si hanno, per inoculazione sperimentale di bacilli di Kock e che vanno interpretati come fatti di difesa locale istiogena.

LATERZA (Bari). — Crede anzitutto opportuno rendere sentito omaggio al sen. Maragliano per avere con la sua vaccinazione preventiva e curativa della tubercolosi, fornito una cura divinamente efficace. L'O. afferma di aver potuto notare l'efficacia della cura attraverso l'osservazione di molti anni ed anche recentemente due signorine con fatti locali e generali gravissimi e forte tara ereditaria sono guarite grazie alla vaccinazione sullodata. Ricorda pure altri casi, da lui osservati e curati e termina invitando tutti i colleghi e gli studiosi a far conoscere e diffondere sempre più tale impareggiabile metodo curativo e preventivo.

MANARA M. (Genova). — L'O. dopo la comunicazione fatta dal Prof. Pende lo scorso anno sulla Citoretina, ha eseguito nuove ricerche cliniche e farmacologiche, in base alle quali è in grado di concludere:

1° La citoretina non è solubile nell'acqua, nella quale dà origine a pseudosoluzioni.

2° Per le sue proprietà chimiche e fisiche, per il peso molecolare la citoretina può ascriversi alla classe delle cianine, le quali studiate farmacologicamente si sono dimostrate dotate di proprietà antifermentative.

3° Confrontando la tossicità della Citoretina con quella della Chinina, dell'Acridina sulle uova di riccio di mare, si è notato che la citor. è più tossica dell'acridina, e studiando tale tossicità sulle uova di Strongilocentrotus, si nota che essa è in dipendenza delle variazioni della permeabilità della membrana dell'uovo.

4° L'azione della Citoretina si manifesta sul fermento del lievito di birra eccitando a piccole dosi la sua azione sul glucosio e paralizzandola a dosi più forti. Lo stesso fenomeno si verifica sui semi germoglianti.

5° Nei comuni animali da laboratorio (rane e topi) la Citoretina agisce producendo da prima un eccitamento del sistema nervoso centrale con aumento della sensibilità. A dosi più forti provoca torpore dei movimenti volontari, indebolimento dei riflessi e la morte avviene con fenomeni di paralisi generale.

6° Nei cani in perfetto equilibrio d'azoto, con la Citoretina, a dosi uguali a quelle terapeutiche,

si nota una tendenza all'aumento del peso corporeo con ritenzione d'azoto.

7° Per quanto riguarda il biochimismo del sangue, risalta la modificazione nell'equilibrio dei due fondamentali elettroliti del sangue, calcio e potassio, notandosi ipocalcemia con aumento del potassio nel siero di sangue.

8° A dosi terapeutiche la Citoretina non è affatto nociva per il cuore; essa anzi a piccole dosi può ritardare e talora impedire, l'azione nociva dell'alcool.

9° Le dosi terapeutiche di Citoretina non influenzano la pressione sanguigna e così pure il valore globulare non si modifica.

Da ricerche eseguite dal Prof. Muggia, per quanto riguarda l'idrofilia dei tessuti, la Citoretina si comporta in maniera assai simile all'insulina, e così pure da ricerche sperimentali eseguite dal prof. Luzzatto nei conigli, in cui provocava la formazione di anticorpi emolitici è stata confermata l'azione stimolante della Citoretina su queste importantissime funzioni del reticolo endotelio di elaborare anticorpi litici.

Per quanto riguarda la parte clinica, numerosi sono stati i casi trattati con la Citoretina; nei casi di broncoalveolite circoscritta apicale e di peribronchite linfatica l'O. ha sempre notato, dopo 20 iniezioni, rapido miglioramento generale, con aumento del peso, euforia, diminuzione o scomparsa della febbre e riduzione delle ombre polmonari radiologiche. Anche le emottisi sono benevolmente influenzate.

Per le forme distruttive circoscritte di tubercolosi si può ripetere quanto detto per la prima categoria. In molti di questi casi, dopo 1-2 mesi, la curva termica si è ridotta al normale ed i bacilli sono scomparsi dall'espettorato.

Nelle forme distruttive disseminate, solo nel 50 % dei casi si è notato un aumento del peso e la diminuzione della febbre e dei bacilli.

Per quanto riguarda la reazione di focolaio si può dire che è attenuatissima e per nulla paragonabile alle reazioni che danno i preparati aurici, vaccinici, tubercolinici.

Riassumendo quindi queste nuove osservazioni cliniche e terapeutiche dell'O. confermano le osservazioni annunciate del prof. Pende un'anno fa.

MINO (Torino). — Da ricerche eseguite con altri colleghi risulta all'O. che l'iniezione di citoretina a dosi terapeutiche, determina un aumento notevole sulle quantità degli isoanticorpi agglutinati ed emolitici.

L'aumento si istituisce subito dopo le prime iniezioni e raggiunge valori 3-4 volte superiori a quelle presistenti.

SEGRE R. (Milano). — *Gli effetti della Citoretina studiati dal punto di vista istologico.* — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche dirette a studiare l'effetto della Citoretina, puramente ed esclusivamente da un punto di vista istologico, non curando affatto la sua eventuale azione nelle condizioni generali degli animali. Per avere reazioni apprezzabili l'O. ha iniettato dosi ultramassive della soluzione di Citoretina, senza aver notato però mai segni di sofferenza. Come animali da esperimento furono adoperati tre lotti di cavie: il primo venne trattato con sola Citoretina, il secondo, dopo un trattamento con Citoretina, venne inoculato con una soluzione di bacilli tubercolari, il terzo, tenuto come controllo, venne trattato esclusivamente con bacilli tubercolari.

Dal complesso dell'esame dei lotti 2 e 3, l'O. può trarre le seguenti conclusioni:

la Citoretina determina un'ipertrofia ed una iperplasia delle cellule connettive, fino dai primi stadi dell'inf. tbc.;

i processi di connettivazione nei focolai di reazione ai bacilli procedono nell'animale, trattato preventivamente con citoretina, più rapidamente che di norma;

la comparsa dei linfociti nei focolai di reazione alla Tb. negli animali trattati è più precoce che in quelli di controllo;

a partire dalla seconda settimana, nei focolai di reazione alla Tb. il numero dei bacilli è incomparabilmente minore negli animali trattati con la citoretina;

non esiste alcuna differenza apprezzabile nel tipo e nell'intensità della reazione per quanto si riferisce ai visceri distanti dai luoghi di inoculazione.

PENDE N. (Genova). — L'O. prende la parola per ringraziare i diversi OO. che hanno contribuito con le interessanti comunicazioni alla studio di questo nuovo medicamento. Un particolare ringraziamento l'O. rivolge al Dr. Gavina, Medico Condotto di Voghera, con il quale iniziò le prime ricerche e che gli fu prezioso collaboratore. Da queste parole del prof. Pende prendono lo spunto i proff. Queirolo e Devoto per rivolgere un saluto a tutti i Medici condotti d'Italia coll'augurio che le loro condizioni sieno sempre più elevate dal Regime.

GAVINA (Pavia). — Ringrazia l'egregio prof. Pende delle parole per lui pronunziate e per l'azione di valorizzazione del lavoro di un medico Condotto, il che dimostra sempre più che i medici condotti anche lontani dalle cliniche e dai laboratori, appena loro è possibile si esprimono con lavori per la grandezza della scienza e d'Italia.

LUPO M. (Torino). — *Sull'evoluzione dell'infiltrato sottoclaveare* (Assmann) *nell'immagine radiologica.* — L'O. pensa che l'infiltrato sottoclaveare di Assmann, o precoce di Redeker, o pretisico di Ulrici, sia realmente da considerarsi tanto dal punto di vista clinico, quanto da quello patomorfologico Roentgen, il primo segno di un tipo di reinfezione o superinfezione tbc., nettamente differenziabile, anche per il suo decorso, dalle reinfezioni di tipo nodulare scirroso (o lobulare) mentre queste evolvono, per la grande maggioranza, verso la sclerosi, quelle portano se non fatalmente, molto frequentemente a processi distruttivi.

Su una serie numerosa di radiogrammi, l'O. illustra le varie modalità di evoluzione dell'infiltrato di Assmann:

1°) involuzione in sclerosi, senza stadi intermedi;

2°) riassorbimento spontaneo;

3°) rammollimento progressivo, con formazione di caverne « nido d'ape », di cavernule confluenti;

4°) guarigione;

5°) evoluzione verso gli stadi ulteriori, disseminazioni miliariformi, broncopolmoniti caseose, infiltrati e caverne da aspirazione.

Secondo l'O. la casistica della Clinica Medica porterebbe a conchiudere che:

a) l'infiltrato precoce, nei quadri radiografici, appare come una individualità a caratteri patomorfologici propri che lo differenziano decisa-

mente dalle altre alterazioni t.b.c. qualunque sia il loro rapporto genetico ora in piena discussione fra clinici ed anatomici;

b) l'evoluzione dell'infiltrato stesso è, nella maggior parte dei casi, diversa e più grave di quella degli infiltrati nodulari acinosi o lobulari;

c) è probabile l'origine aerogena della superinfezione che si manifesta con l'infiltrato precoce in molti casi;

d) è probabile che la maggioranza di tutti i casi di tisi veda la sua origine in un infiltrato precoce. *(Continua).*

XXXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Genova, 23-26 ottobre 1929.

L'inaugurazione del Congresso ebbe luogo, in comune con la Società Italiana di Medicina Interna, alle ore 10 del giorno 23 nell'Aula Magna della R. Università.

Seduta pomeridiana (ore 15) 23 ottobre.

Presidenza: Prof. G. TUSINI.

Prima di iniziare i lavori del Congresso ha luogo la commemorazione dei soci defunti prof. Ferreri, Ricci, Bufalini.

Dopo ciò, il PRESIDENTE dà la parola ai Relatori.

I problemi moderni dell'anestesia con particolare riguardo alle complicazioni postoperatorie.

Prof. F. SANVENERO (Genova).

L'O. si è occupato delle varie anestesie omettendo la trattazione completa di quelle più in uso ed ormai note; si è interessato invece in modo speciale di quegli anestetici più recenti che, pur avendo già avuto una larga base di esperimento all'estero, non sono ancora entrati nell'uso in Italia. Infatti, se si eccettua il Tansini che già prima della guerra ha usato l'anestesia al protossido di azoto, l'Alessandri che al Congresso di Chirurgia dell'anno scorso ha comunicato i risultati di una prima serie di anestesie con l'etilene ed il Gamberini che ha riferito quest'anno i primi risultati con l'anestesia avertinica per via rettale, poco esiste nella nostra letteratura sull'uso di questi nuovi anestetici.

In un referendum che l'A. ha tentato tra i chirurghi italiani la quasi totalità dei responsi è stata in massima favorevole all'uso dell'etere ed alla diffusione dell'anestesia locale e regionale anche per interventi cavitari. Quasi tutti i chirurghi però sono eclettici, usano cioè varie anestesie allo scopo di scegliere per ogni intervento l'anestetico meno dannoso. Un'anestesia ideale, innocua, applicabile in tutti i casi, non esiste ancora, ogni metodo ha le sue indicazioni e controindicazioni, i suoi vantaggi e difetti, le sue complicazioni immediate e tardive, partecipa con intensità varia col trauma operatorio e con altre circostanze alla produzione delle così dette complicazioni postoperative: il che giustifica e rende benemerito lo sforzo dei chirurghi nella continua ricerca di metodi sempre meglio adatti a garantire l'esito delle loro anche più complicate intraprese chirurgiche.

Sui nuovi metodi di anestesia generale coi gas che, pur non risolvendo il problema dell'anestesia, colmano varie lacune ed aprono la via a nuovi indirizzi da seguire nelle ricerche, l'A. porta il contributo di osservazioni personali fatte nella Clinica Chirurgica del Prof. Tusini sull'anestesia con l'acetilene che tanto favore sta incontrando in Germania. Delle vecchie anestesie per inalazioni l'A. ricorda solo quelle modificazioni recenti che possono conferire loro qualche carattere di attualità. Tratta più diffusamente invece dell'anestesia rettale nelle sue nuove forme con l'impiego dell'avertina, portando anche su questa il contributo dell'esperienza personale. Accenna poi ad altri metodi di anestesia che, pur non essendo di data recente, hanno qualche punto non conosciuto nella loro modalità di azione o danno luogo a discussioni circa l'indicazione e l'utilità o meno nel campo della pratica, come l'anestesia per via sanguigna, la anestesia locale e regionale, occupandosi più specialmente dell'anestesia paravertebrale, degli splancnici, della rachidiana.

Prima di riassumere i risultati cui è pervenuto dall'esame critico delle varie anestesie e dall'esperienza personale di alcune di esse, l'A. insiste su un concetto che ritiene fondamentale, e cioè: se nelle varie contingenze cliniche si deve dare la preferenza ad un tipo di anestesia piuttosto che ad un altro, la scelta dell'anestetico dovrà sopratutto essere subordinata ai risultati ottenuti nella valutazione della resistenza individuale dell'operando.

Riepilogando quanto è risultato dallo studio dei problemi moderni riguardanti l'impiego dei vari anestetici, specialmente in rapporto alla possibilità di complicazioni postoperative, trattate diffusamente per ogni singolo metodo, l'A. conclude:

I. — PER I GAS.

1) Le combinazioni protossido di azoto-ossigeno, etilene-ossigeno, acetilene-ossigeno, hanno aggiunto un mezzo anestetico utilissimo a quelli sin'ora in uso.

2) L'etilene-ossigeno e l'acetilene-ossigeno rappresentano una reale sorgente di pericolo per la esplodibilità.

3) L'inizio dell'anestesia ed il ricupero della coscienza con l'uso dei gas sono rapidi: se è vero che l'indice della bontà di un narcotico si desume dalla brevità dei disturbi che produce, i gas sono ottimi narcotici.

4) Il margine di sicurezza per l'etilene e per l'acetilene è maggiore di quello del protossido di azoto.

5) L'insufficiente profondità di sonno è la più fondata obbiezione che si possa muovere all'anestesia generale coi gas, specialmente col protossido di azoto. Per il protossido l'azione anestetica è rinforzata dall'anossiemia prodotta dall'acido carbonico: l'anossiemia troppo prolungata e profonda per ottenere un sufficiente grado di rilasciamento muscolare può produrre una sincope respiratoria con conseguenze mortali; per cui la somministrazione di protossido di azoto richiede più che per gli altri gas un tecnico molto sperimentato. Per la profondità di sonno e per il facile maneggio l'acetilene somministrato col sistema del respiratore circolare presenta dei vantaggi sugli altri gas.

6) Quando l'azione dei gas è insufficiente si può ricorrere alla somministrazione dei così detti narcotici di aggiunta.

7) I gas nei confronti del cloroformio e dell'etere si può dire che non esercitino alcuna a-

zione deleteria sui vari organi ed apparecchi. Nei riguardi dell'acetilene le numerose ricerche eseguite nella Clinica Chirurgica di Genova, allo scopo di studiare l'azione del narcotico sugli apparecchi che più influenzano l'economia dell'organismo, hanno portato a conclusioni favorevoli per la funzionalità cardiovascolare, respiratoria, epatica e renale; parimenti non furono apprezzate deviazioni notevoli nell'equilibrio acido-basico, nè nella morfologia del sangue e neppure nei caratteri fisico-chimici di questo.

8) Le complicazioni broncopolmonari postoperative con l'uso dei gas sono rare, la loro percentuale non supera quella che si verifica con l'anestesia locale.

9) La nausea ed i vomiti con l'anestesia mediante i gas sono più rari, meno intensi e più brevi che con le altre anestesie per inalazione.

10) L'uso ripetuto a brevi intervalli dei gas non diminuisce il potere dell'anestesia nè aumenta le complicazioni post-anestetiche.

11) Non esistono in genere limitazioni di età per l'uso dei gas anestetici.

12) I gas sono specialmente indicati nei bambini, nei vecchi, nei diabetici, nei cardiopatici, negli enfisematosi e bronchitici cronici, negli arterio-sclerotici, per gli interventi sulla tiroide anche con disfunzione dell'organo, nelle anemie gravi, nella cachessia, negli itteri, nei pazienti minacciati da shock e da collasso, in interventi di entità, di lunga durata, difficili per le condizioni dei pazienti. Inoltre sono utili per piccoli interventi, esami clinici e medicature dolorose. I gas in complesso sono specialmente indicati quando sono controindicati l'etere e il cloroformio, sono specialmente adatti per l'uso in ammalati gravi.

II. — Per le altre narcosi per inalazione.

1) Il cloroformio e l'etere dànno un rilasciamento muscolare completo, sono anestetici potenti ma pericolosi.

2) L'uso del cloroformio va restringendosi, viene per lo più associato all'etere fruendo di apparecchi che ne regolano il dosaggio.

3) Tanto per quello che concerne l'azione sull'apparecchio respiratorio e circolatorio, sull'equilibrio acido-basico, sulla funzionalità epatica, renale, ecc., l'uso del cloroformio implica disturbi e lesioni maggiori che l'etere.

4) La solästhin dà frequentemente eccitamento, ha indicazioni limitate per narcosi poco profonde e di breve durata, non presenta vantaggi apprezzabili nei confronti del cloroformio ed etere.

5) La narcosi eterea nei confronti del cloroformio e del cloruro di etile presenta molti vantaggi che giustificano il largo uso che se ne fa in tutto il mondo, in Italia in ispecie. Ottimo metodo di somministrazione dell'etere è la maschera di Ombredanne, che utilizza l'azione del CO_2 per accelerare ed approfondire la rapidità della narcosi, diminuendo notevolmente il quantitativo dell'anestetico.

6) Preparati sul tipo del Mass e del Pannevrol possono ridurre il narcotico per inalazione ed essere sufficienti anche per interventi di una certa entità.

7) Mentre i polibromuri sono ritenuti utili come sedativi della ipereccitabilità psicomotoria, in tesi di massima si tende a limitare l'uso della scopolamina che influenza in modo nocivo il centro bulbare del respiro favorendo le complicazioni broncopolmonari e i collassi circolatori.

8) Le narcosi miste in genere (salvo etere-cloroformio-ossigeno) sono poco usate, non presentando gravi vantaggi.

9) Il cloruro di etile, per l'esigenza della breve durata dell'anestesia e mancanza di rilasciamento muscolare completo, è utile per accelerare lo inizio della narcosi eterea e per piccoli interventi. Non dà luogo che rarissimamente a complicazioni polmonari.

10) Riguardo ai pericoli ed alle complicazioni delle narcosi in genere vanno tenuti presenti i sussidi terapeutici dati dalla lobelina come stimolante del centro del respiro, dall'iniezione intracardiaca di adrenalina per la rianimazione del cuore; come rimedio eroico in tutti gli accidenti gravi da narcosi va segnalata l'utilità dell'impiego dell'acido carbonico quale stimolante del centro bulbare della respirazione, anche quando questo è nelle condizioni di minor eccitabilità. Lo stesso dicasi per il trattamento del collasso polmonare acuto. Per le complicazioni postoperative di minore importanza come il vomito, la paresi intestinale, la ritenzione urinaria, non è facile scindere per la patogenesi quanto spetti all'anestesia nei confronti di altri fattori legati all'intervento operativo. Per vincere la ritenzione urinaria giovano le iniezioni endovenose di urotropina, le istillazioni endovescicali di glicerina borica, le iniezioni di estratto ipofisario posteriore. Per la genesi delle psicosi postoperative si ammette una particolare predisposizione individuale oltre l'azione diretta del narcotico sulle cellule nervose, tanto più considerevole quanto più perdura l'azione del narcotico.

III. — Per la narcosi rettale.

1) Con l'impiego dell'etere, poco usato malgrado il favore incontrato presso qualche chirurgo, i vantaggi dati dalla sottrazione dell'insulto psichico, dalla tranquillità e mancanza di eccitamento all'inizio della narcosi, dalla non necessaria presenza del narcotizzatore, dall'eliminazione della maschera, vengono meno di fronte agli inconvenienti, che, salvo casi eccezionali, creano altrettante controindicazioni al metodo. Così dicasi per il difficile impiego nella chirurgia di urgenza, data la necessità di lunga preparazione; per l'impossibilità di tenere il clisma da parte dei bambini, per le lesioni anatomiche in atto e per quelle che si possono produrre per causa dell'etere nell'intestino, per il meteorismo, per la superficialità di sonno o la eccessiva profondità, per il facile risveglio. Aggiungasi ancora la diarrea, l'eventualità di emorragie postume, oltre il vomito e gli altri disturbi delle comuni anestesie per inalazione a carico dell'apparecchio cardiovascolare e respiratorio, con lesioni anatomiche e disturbi funzionali pure del fegato (che trattiene a lungo circa un terzo del narcotico).

2) Con l'avertina si produce un sonno talvolta assai lungo e profondo che, se evita dolori postoperativi, richiede una continua sorveglianza per porre riparo ad incidenti che possono verificarsi nel sonno causa la caduta della mandibola. La percentuale delle complicazioni broncopolmonari si avvicina a quella dell'anestesia locale, non lascia però indenne il fegato; richiede spesso anestesia di aggiunta. Come narcosi di base, cercando di evitare i rischi ed i pericoli, permette di

eseguire interventi anche di grave entità con la aggiunta di piccolissime dosi dei comuni anestetici. Evita l'insulto psichico; è indicata nella chirurgia infantile (interventi ortopedici), negli interventi nella cavità bucco-naso-faringea, perchè lascia libero il campo operativo e non aumenta la secrezione salivare. Per la cianosi che dà è controindicata nelle operazioni sul torace. È controindicata pure nella tubercolosi polmonare, nella ipotensione, nella insufficienza cardiaca, nelle malattie con diminuzione di resistenza del potere globulare, nella insufficienza epatica e renale, nei processi infiammatori dell'intestino. Le ricerche fatte nella nostra Clinica Chirurgica sulla funzionalità epatica e renale e sulle modificazioni del sangue hanno messo in evidenza delle alterazioni abbastanza gravi.

Per l'efficienza dell'anestesia nella nostra pratica personale, la narcosi completa con rilasciamento muscolare è stata molto bassa (12 %), forse in rapporto alla dose piuttosto lieve di narcotico somministrato. Si sono ottenute buone anestesie basali nel 60 % circa dei casi, nel 20 % poi abbiamo dovuto somministrare quantità di altro anestetico uguale a quello che sarebbe occorso da solo. All'avertina non si deve chiedere più di una narcosi basale; il voler insistere per ottenere narcosi complete con rilasciamento muscolare diventa pericoloso. Per ottenere qualche buon risultato si richiede molta pratica di dosaggio. Fra gli inconvenienti va tenuto presente il rapido assorbimento, l'impossibilità di interrompere la narcosi.

IV. — PER L'ANESTESIA PER VIA SANGUIGNA.

1) La generale endovenosa con etere, allo scopo di evitare i fenomeni riflessi, di togliere la sensazione sgradevole dell'inalazione, di eliminare la maschera ed il narcotizzatore, ha degli inconvenienti legati alla rapida eliminazione dello etere. L'associazione dell'isoprale all'etere dà incidenti rari ma gravi (trombosi, embolie), oltre emoglobinuria ed albuminuria passeggera; l'edonal dà il pericolo di asfissia; il somnifene può dare agitazione e torpore per 3-4 giorni, è per lo più anestetico insufficiente e richiede il cloroformio; il pernocton sarebbe tollerato bene allo scopo di narcosi basale o dormiveglia. con un risparmi di etere del 50-70%; è pericoloso in dosi tali da ottenere narcosi complete; richiede molta esperienza e sorveglianza prolungata del malato.

2) L'endovenosa regionale ha poche indicazioni date dagli stati cachettici, di shock e dalla tubercolosi; è controindicata per le operazioni dell'arto inferiore (ad eccezione delle varici).

3) L'arteriosa regionale ha pure indicazioni limitate, dà difficilmente anestesia nelle regioni con cicatrici, ha delle complicazioni inerenti all'alterazione della parete vascolare.

V. — PER LE ANESTESIE LOCALIZZATE.

1) Le locali per infiltrazione, le regionali e tronculari dànno il minimo numero di disturbi funzionali da lesioni del cuore, del fegato e dei reni.

Riguardo alla sostanza da impiegare gli anestetici preferibili sono la novocaina e la tutocaina che, dato il forte potere anestetico, permettono l'uso di soluzioni molto diluite, perciò scarsamente tossiche. L'S. F. 147, esperimentato da alcuno con buoni risultati, richiede ulteriore conferma clinica.

2) L'anestesia regionale, tanto circoscrivendo in superficie ed in profondità il campo operatorio quanto infiltrando i tronchi nervosi lontani da questo, ha un campo di applicazione assai esteso che permette di eseguire la maggior parte degli interventi operativi.

3) L'anestesia paracranica ha applicazioni utili in molteplici interventi, sui mascellari, sui seni, bocca, lingua, ecc.

4) Pure la paravertebrale è utilmente impiegata:

a) la cervicale (agendo specialmente sul plesso cervicale dalla via laterale diretta) ha indicazioni per quasi tutti gli interventi operativi sul collo di una certa entità;

b) la dorsale è indicata per interventi sulla parete toracica, dato lo stato dei malato e la natura delle lesioni che richiedono generalmente l'intervento;

c) la dorso-lombare offrirebbe dei vantaggi per la chirurgia viscerale addominale ma implica un gran numero di iniezioni per anestetizzare parete e visceri addominali. Le indicazioni sono date da interventi sulle vie biliari negli itterici, da interventi sull'appendice e sul colon, per ernie voluminose che richiederebbero eccessiva infiltrazione locale. Dà ottimi risultati nella chirurgia renale ed ureterale specialmente nei malati gravi dell'apparecchio cardiovascolare e dell'apparecchio respiratorio, nonchè nei pazienti con grave insufficienza renale, uni- o bilaterale;

d) l'anestesia paravertebrale lombare è poco usata abbisognando per lo più anestetici supplementari;

e) le anestesie sacrali (trans e presacrale) permettono interventi nel piccolo bacino e nelle regioni perineali, non sono complete per il corpo dell'utero e per gli annessi. Delle due la presacrale sarebbe da sconsigliarsi negli interventi per cancro del retto;

f) la epidurale in Italia non ha avuto che scarsa applicazione per interventi nel perineo o nell'ano, mentre è stata usata all'estero con ottimi risultati per la prostatectomia perineale e per altri interventi sul perineo, sullo scroto, sulla verga, per esplorazioni dolorose della vescica, ecc. (impiegando specialmente la novocaina e la tutocaina);

g) l'anestesia degli splancnici usata in Italia da pochi meriterebbe secondo alcuni una più larga applicazione (specialmente col metodo di Braun, attraverso l'addome aperto) per le resezioni gastroduodenali e per gli interventi sulle vie biliari. Richiede però frequente aggiunta di anestetici secondari; è sconsigliabile nelle lesioni diffuse dell'addome, quando si richiedano trazioni sui visceri prima di poter arrivare all'attuazione dell'anestesia, è da sconsigliarsi pure nelle laparotomie esplorative.

VI. — PER LA RACHIANESTESIA.

È largamente usata in Italia, più ancora in Francia, gode poco favore in America, va perdendo terreno in Germania ed in Austria. Come metodo di anestesia ha indicazioni numerose e maggiormente favorevoli per gli interventi nei quadranti addominali inferiori e sugli arti inferiori. In Italia e in Francia si tende a diffondere l'uso per gli interventi nei quadranti addominali

superiori (stomaco e vie biliari). Rispetta la funzione epatica e renale, non turba l'equilibrio acido-basico, ha rare complicazioni broncopolmonari. Gli incidenti più temibili, ma fortunatamente rari, sono rappresentati da fenomeni di intossicazione bulbare che si manifestano con disturbi gravi, talora mortali, specie a carico dell'apparato circolatorio. Fra gli inconvenienti che sogliono accompagnare o seguire la rachianestesia, per lo più in modo temporaneo, vanno segnalati l'incontinenza dello sfintere anale, la cefalea, la ritenzione urinaria, la rachialgia, i vomiti, l'ipertermia, disturbi psichici vari, paralisi circoscritte di moto e di senso.

La rachianestesia trova particolari controindicazioni negli ipotesi, negli stati di shock, nelle intossicazioni gravi, negli stati setticemici e piemici, negli anemizzati, nei luetici non curati o non guariti completamente.

Le complicazioni polmonari postoperatorie in rapporto all'anestesia.

Prof. M. BUFALINI (Pisa).

Il problema delle complicanze polmonari in rapporto alla anestesia è tale da non potere essere considerato a sè indipendentemente dall'atto operatorio. Il legame fra anestesia ed operazione è così intimo che nella valutazione delle condizioni predisponenti e determinanti non si può considerare l'una prescindendo dall'altra. Se anche si può e si deve ammettere specialmente sulla base dei dati statistici che certi tipi di anestesia, con maggiore frequenza in confronto di altri, sono seguiti da complicanze polmonari, si deve pure riconoscere che queste indipendentemente dal tipo di anestesia acquistano particolare importanza per gravità e frequenza solo in determinati interventi, mentre poco o punto ne hanno per altri; questo appare evidente solo che si confrontino le complicanze polmonari dei laparotomizzati con quelle ad esempio degli operati sugli arti.

È per queste considerazioni che per arrivare ad una giusta valutazione del fattore anestetico nel campo delle complicanze polmonari vanno indistintamente considerati tutti quegli elementi che al loro determinismo possono contribuire; per stabilire poi se e come questi possano venire influenzati dalla anestesia.

Altro quesito che si impone è quello del tipo di complicanza polmonare che deve essere preso in considerazione; ammesso che oggigiorno le bronchiti e le broncopneumoniti non costituiscono più le sole complicanze polmonari dell'operato, se pure quelle più frequenti e meglio note e per le quali può apparire più evidente la influenza del fattore anestetico (specialmente per le narcosi da inalazioni), è evidente che non si può a priori prescindere da altre manifestazioni polmonari che pure possono acquistare carattere di speciale gravità e che suscitano grandissimo interesse per le questioni patogenetiche a loro connesse; forme che non si devono ritenere del tutto estranee all'anestesia se le varie statistiche concordano nel riconoscerne una maggiore frequenza per certi tipi di anestesia in confronto di altri, in casistiche nelle quali è immutato il tipo di interevento.

A lato quindi delle bronchiti e delle pneumoniti si impongono alla nostra considerazione le embolie polmonari e il collasso massivo del polmone, forme sulle quali oggi tanto si discute e che costituiscono il capitolo di moda delle complicanze polmonari postoperatorie.

In confronto di tutte queste varie complicanze polmonari il valore del tipo di anestesia va essenzialmente considerato sia per azione irritante dell'anestetico sulle vie aeree, sia per azione diretta o indiretta sull'apparato cardio-vascolare; nel primo caso potrà eventualmente essere favorita l'insorgenza di forme bronco-pneumoniche per le quali lo stato di ipersecrezione e di ingombro dell'albero bronchiale si impone (bronchiti, pneumoniti, collasso massivo del polmone); nel secondo caso l'alterata funzionalità cardiovascolare potrà costituire sia una condizione sfavorevole per il decorso di forme flogistiche polmonari, sia una condizione predisponente allo svilupparsi di forme emboliche per le quali acquisteranno speciale importanza anche particolari alterazioni del sangue eventualmente legate al tipo di anestesia.

Bronchiti e pneumoniti. Nel meccanismo patogenetico di queste forme dobbiamo distinguere due vie di infezione e quindi due meccanismi diversi se pure non sempre identificabili: una via bronchiogena ed una ematogeno-linfogena.

Per l'infezione bronchiogena può acquistare importanza l'azione irritante dell'anestetico sia per la sua capacità di riacutizzare forme bronchitiche croniche o da poco spente, sia più semplicemente nel senso di provocare uno stato di ipersecrezione della mucosa bronchiale. Nell'un caso come nell'altro difficilmente questo stimolo irritativo acquista però caratteri di speciale gravità se non si associa una condizione che si impone nel quadro delle complicanze polmonari postoperatorie, quale è quella del ristagno nell'albero bronchiale. Se in molte condizioni possiamo trovare la spiegazione di questo ristagno, è certo che l'impedita espettorazione per dolore a livello della ferita laparotomica e la diminuita profondità delle escursioni respiratorie (evidentissima negli operati sull'addome e specialmente sull'addome superiore - Churchill), che in parte nel fattore dolore trova pure la sua spiegazione, giocano un'importanza di prim'ordine. L'azione quindi dell'anestetico (e qui ci si riferisce specialmente all'etere, chè per le narcosi con gas questo stimolo viene quasi completamente a mancare) può acquistare un certo valore patogenetico ma solo subordinatamente al tipo di intervento (laparotomia).

Per le complicanze polmonari ematogene per le quali si concorda nel riconoscere il punto di partenza dell'infezione a livello del campo operatorio (ed anche qui si impongono gli interventi laparotomici per la grande capacità di assorbimento del peritoneo) è più difficile stabilire una eventuale influenza del tipo di anestesia: a meno che non si voglia riconoscerla sempre nello stato di ipersecrezione bronchiale nel senso di una favorevole condizione all'attecchimento e sviluppo di germi giunti per via ematogena.

I dati statistici comparativi fra narcosi eterea, narcosi con gas (etilene, acetilene) e anestesie locali concordano nel riconoscere all'etere una più alta percentuale di complicanze polmonari infiammatorie; in una casistica di Lundy John comparativa tra due serie di 600 operati (stomaco e fegato) rispettivamente in narcosi eterea e narcosi con etilen-etere figura la bronco-

pneumonite nella proporzione di 1,5 % per il gruppo etilen-etere; di 3,6 % per il gruppo etere; Ramson paragonando in una casistica di 11.000 osservazioni la narcosi con etilen-etere a quella con solo etilene riconosce alla prima una percentuale di pneumoniti del 4 %, mentre non ne avrebbe osservato alcun caso negli operati con solo etilene. Risultati simili vengono riferiti per il Narcilen.

Nel giudicare però del valore comparativo di queste statistiche conviene rilevare che per l'incompleto rilasciamento della parete addominale che si ha nelle narcosi con gas, si ricorre spesso all'etere usandolo solo o associato al gas per interventi particolarmente indaginosi: onde si deve tenere conto di questa disparità per non attribuire esclusivamente all'etere quello che fino a un certo punto può riferirsi alla maggiore complessità dell'intervento.

In confronto del protossido di azoto l'etere sembra conservare una posizione di vantaggio: Miller sulla base di quasi 5000 narcosi, parte con etere, parte con protossido, porta una percentuale di 1,20 per il protossido di azoto, di 0,94 per l'etere.

L'anestesia locale (novocainica) avrebbe ancora il vantaggio oltre alla mancata azione irritante sull'albero bronchiale, di non esercitare alcuna dannosa influenza (come si ha per i narcotici) sul cuore che rimarrebbe così nelle migliori condizioni per superare un'eventuale flogosi polmonare. Per l'interesse che dal nostro punto di vista hanno gli interventi addominali, acquista qui speciale importanza l'anestesia dello splancnico che secondo numerose statistiche (Finsterer, Hollmann, Metge) risulterebbe dal punto di vista delle complicanze polmonari superiore alle narcosi specie eteree. A parte la statistica eccezionale di Finsterer che anche in persone d'età e per gravi interventi su stomaco e fegato non avrebbe alcuna mortalità per complicanze polmonari, Metge porta per l'anestesia dello splancnico una mortalità per complicanze polmonari di circa la metà in confronto della narcosi eterea.

Per le narcosi ottenute per somministrazione dell'anestetico per via sottocutanea o per via rettale o endovenosa, si deve tenere presente la difficoltà di regolare la quantità di anestetico secondo la speciale suscettibilità individuale: per cui pure usando tutti gli accorgimenti indicati dalle tecniche relative, sono frequenti le narcosi che si protraggono molto più a lungo di quanto non lo richieda l'intervento; e va considerata allora oltre al più grave decorso di pneumoniti post-operatorie per dannosa azione sul cuore, anche la possibilità di forme pneumoniche nelle quali il fattore ipostasi può avere importanza preponderante. Scarseggiano per questi tipi di anestesia le statistiche che in modo speciale prendono in considerazione le complicanze polmonari; relativamente all'Avertina, di cui oggi tanto si discute, va menzionata la statistica di Reischauer nella quale su 60 narcosi figurano due morti per complicanze polmonari e tre forme gravi risolte; percentuale non certo inferiore a quella che siamo soliti considerar per la narcosi eterea.

Embolie polmonari. È forse questo il tipo di complicanza polmonare postoperatoria per la quale riesce più difficile stabilire un rapporto patogenetico col tipo di anestesia. Se per le narcosi endovenose può acquistare speciale importanza il trombo che si forma a livello della vena iniettata (infarti polmonari per narcosi eterea endovenosa sono stati osservati da Küttner) per quelle da inalazione si impone l'influenza che dal narcotico può essere esercitata sul cuore e sui vasi, esplicantesi con un rallentamento della corrente sanguigna oltre che per concomitanti modificazioni nello stato fisico-chimico del sangue. Se pure anche in questo campo si è incolpato l'etere di aumentare la coagulabilità del sangue (Crile, Finsterer) e quindi di favorire trombosi e conseguente embolia, sta di fatto che le più recenti statistiche mettono l'etere in una posizione di vantaggio in confronto dei gas per quanto riguarda le forme emboliche: Lundy John nella citata statistica riconosce alle narcosi con etilen-stato di vera inondazione bronchiale, quasi di edema per cui territori più o meno estesi dell'alber obronchiale vengono ingombrati ed occlusi. È specialmente per questa seconda forma che si può più ragionevolmente pensare ad eventuale influenza del narcotico tenendo presente certe etere una percentuale di embolie polmonari di 3/10 % con una mortalità di 1,5 % e alle narcosi con solo etere una percentuale di 1/10 % con una mortalità del 2 %. Miller porta per l'etere una percentuale di embolie di 1,06 e per il protossido d'azoto 1,53.

Per la rachianestesia le complicanze polmonari emboliche sarebbero ancora minori che per narcosi eterea secondo la constatazione di Hofmeyer e secondo quanto ha recentemente confermato Forgue nel Congresso di Varsavia.

Collasso massivo del polmone. Questa complicanza che trova la sua espressione anatomo-patologica e clinica nelle stato di atelettasia esteso ad ambedue i polmoni o (più spesso) ad uno soltanto, o circoscritto a un lobo o a parte di questo costituisce si può dire la complicanza polmonare post-operatoria che ha suscitato in questi ultimi anni maggior fervore di studi.

Nel meccanismo patogenetico (il tipo di collasso è quello da riassorbimento) l'insufficienza respiratoria, sola o associata a presenza nell'albero bronchiale di materiale di difficile espettorazione, gioca un'importanza di prim'ordine. Sulla base di osservazioni cliniche ed anche anatomo-patologiche si possono senza dubbio riconoscere forme nelle quali la sola insufficienza respiratoria (in genere legata a decubito obbligato per gravi manifestazioni dolorose) si impone come causa determinante (collasso da giacitura di Briscoe); per altre si impone invece lo stato di ingombro delle vie aeree (Elliot, Dingley, Churchill).

L'eventuale azione del tipo di anestesia su questa speciale complicanza polmonare può essere messa in discussione specialmente per questa seconda forma per la solita azione irritante sull'albero bronchiale e conseguente ipersecrezione.

Riguardo all'intimo meccanismo nel quale si determina l'occlusione bronchiale causa del collasso, si devono distinguere due forme: nell'una questa è determinata da presenza di un vero zaffo di muco (qualche volta da coaguli di sangue, da essudato proveniente da focolai pneumonici, ecc.) che occlude un grosso bronco alla sua origine; nelle altre invece si deve riconoscere uno stato di vera inondazione bronchiale, quasi di edema per cui territori più o meno estesi dell'albero bronchiale vengono ingombrati ed occlusi. È specialmente per questa seconda forma che si può ragionevolmente pensare ad eventuale in-

fluenza del narcotico tenendo presente certe narcosi specialmente eteree nelle quali l'ingombro delle vie aeree si impone già durante l'operazione che può acquistare carattere di particolare gravità nel successivo decorso postoperatorio se l'operato verrà a trovarsi nella impossibilità di espettorare liberamente.

Le osservazioni di collasso polmonare postoperatorio sono ancora molto limitate e non abbiamo elementi importanti da portare in campo per sostenere questa eventuale azione del narcotico. Resta in ogni caso assodato che il collasso può seguire a qualsiasi tipo di anestesia anche a quella locale: per cui al solito anche qui l'azione dell'anestetico deve acquistare un valore secondario di fronte ad altre condizioni strettamente legate all'atto operatorio.

Nella casistica di Scott 24 casi risultano così ripartiti: 3 dopo anestesia cloroformica, 9 dopo anestesia eterea, 6 dopo anestesia con gas-etere, 3 dopo anestesia con gas-etere-cloroformio, 2 dopo anestesia con gas-ossigeno, 1 dopo rachianestesia. Non è stabilito il numero di operati con l'uno o l'altro processo.

La constatazione di una spiccata vaso-dilatazione di tutto il tessuto polmonare in istato di collasso ha fatto pensare anche ad una eventuale azione vaso-motrice quale fattore determinante della atelettasia per ostruzione dei bronchioli; ed anche sotto questo punto di vista si potrebbe essere indotti a pensare ad una possibile azione del narcotico nel senso di favorire la vasodilatazione; ma considerando un po' attentamente la cosa sembra più corretto interpretare la vasodilatazione come conseguenza della atelettasia (piuttosto che causa di questa) in rapporto allo squilibrio di pressione che viene a verificarsi per la mancanza di aria negli alveoli; tanto più che questa replezione vasale si osserva costantemente in ogni caso di atelettasia da riassorbimento, della quale costituisce una caratteristica in confronto della atelettasia da compressione.

A conclusione dello studio sul valore del tipo di anestesia per quanto riguarda la insorgenza di complicanze polmonari, si deve convenire che il tipo di anestesia se pure è capace di esercitare una certa influenza non può assurgere al valore di causa diretta e predominante. E questo tanto più in quanto se è vero che molte statistiche riconoscono una percentuale di complicanze polmonari più elevata per certi tipi di narcosi in confronto di altri, non mancano autori autorevoli che negano una differenza evidente sotto questo punto di vista fra i vari tipi di anestesia: va ricordato che Featheerston raccogliendo 149029 osservazioni viene alla conclusione che sia si adoperi l'etere come il cloroformio, il gas esilarante e ossigeno, l'anestesia locale, non si hanno differenze evidenti dal punto di vista delle complicanze polmonari; a conclusioni simili viene Musgrave sulla base di 16602 osservazioni nelle quali si alternano l'anestesia eterea, quella con gas esilarante, con cloruro di etile, l'anestesia locale. La complicanza polmonare rimane dunque strettamente legata all'atto operatorio nel quale dobbiamo riconoscere molteplici fattori capaci di favorirne l'insorgenza indipendentemente dal tipo di anestesia. Per cui l'opera di profilassi delle complicanze polmonari postoperatorie se pure ha progredito col perfezionamento dei mezzi di anestesia e con l'opportuna scelta di questa a seconda dei casi, dovrà cercare ragione di ulteriore progresso in un sempre più completo studio di quei fattori legati all'atto operatorio ed anche alla malattia nella quale questo ha trovato la sua indicazione.

Le complicanze polmonari post-operatorie dal punto di vista radiologico.

Prof. GIOVANNI BIANCHI (Genova).

L'indagine radiologica è rimasta quasi estranea ad un argomento così importante e di interesse tuttora così vivo come è quello delle complicanze polmonari postoperatorie. La ragione di questa scarsa collaborazione clinico-radiologica non è da imputarsi a sfiducia nel metodo ma al timore che le ricerche radiologiche possano aggravare le condizioni degli operati.

Il R., servendosi per la massima parte delle proprie ricerche di un apparecchio radiologico trasportabile, ha potuto studiare un discreto numero di operati (173) senza disturbare il decorso postoperatorio di questi; egli si è convinto che, se l'esame è limitato al solo necessario per la diagnosi delle lesioni polmonari, è molto meno dannoso e più rapido e preciso del più semplice e limitato esame fisico. Per ricerche speciali, che non sono consigliabili nella pratica comune, si è servito anche della radioscopia praticata nel gabinetto radiologico.

Il R. ha fatto prima uno studio sistematico del torace degli operati senza segni di lesioni polmonari, poi ha studiato il quadro radiologico ed il decorso delle complicanze polmonari postoperatorie.

Negli operati con decorso normale ha constatato una frequente riduzione della espansibilità polmonare, specie basale, ed un opacamento più o meno evidente dei lobi inferiori che crede si debba interpretare come una atelettasia parziale. Queste alterazioni funzionali ed anatomo-radiologiche parrebbero quasi costanti negli operati sul l'addome, mentre non sarebbero evidenti negli operati sul capo, sul collo e sugli arti. Incerte sarebbero le constatazioni per gli operati sul torace che mostrerebbero se mai una ridotta respirazione toracica, specie dal lato dell'intervento, ma una normale respirazione diaframmatica.

Esaminando l'addome degli operati il R. ha potuto constatare frequentemente uno stato di meteorismo e di atonia delle anse intestinali che influirebbero certamente sulla sede del diaframma e sulla espansibilità basale del polmone. Mai ha potuto notare presenza di gas nel peritoneo dei laparotomizzati come aveva sospettato. Queste alterazioni dell'addome sono quasi unicamente visibili negli operati in tale regione.

Le condizioni dell'apparato respiratorio non sono apparse decisamente diverse a seconda che era stato usato un metodo di anestesia piuttosto che un altro.

Sulla questione della scelta dell'anestesia, dunque, che sarebbe la più importante nei rapporti della relazione, l'esame radiologico non può che confermare il concetto secondo il quale le complicanze polmonari sono da rapportarsi più al genere di intervento che al tipo di anestesia.

Le constatazioni radiologiche sono ad ogni modo interessanti perchè dimostrano nel polmone degli operati delle condizioni predisponenti alle malattie polmonari di qualsiasi genere.

Il R. ha fatto delle altre esperienze sugli operati dirette a ricercare con quanta frequenza si abbia durante la narcosi l'aspirazione di sostanze estranee nell'albero respiratorio. Egli ha introdotto nel cavo orale e nel faringe di qualche paziente del liquido opaco e ve lo ha lasciato durante tutta l'operazione. Finito l'intervento ha ricercato il liquido nell'albero bronchiale. Su quattro casi studiati mai ebbe a ritrovare del liquido opaco nei bronchi per cui l'aspirazione parrebbe tutt'al più eccezionale.

Passando allo studio radiologico delle complicanze polmonari, il R. ha dimostrato che esse non si allontanano sensibilmente dalle comuni broncopolmoniti acute e che esse sono quasi sempre bilaterali con prevalente interessamento di un lato. Le forme osservate erano sempre, almeno all'inizio, basali. La polmonite lobare sarebbe eccezionale.

L'esame radiologico rivelerebbe per lo più la malattia prima dell'esame fisico per dare ancora segni a malattia clinicamente risolta.

In ultimo il R. tratta dell'atelettasia polmonare post-operatoria di cui ha potuto osservare due casi: uno di atelettasia parziale, l'altro di atelettasia totale. Egli la ritiene abbastanza frequente anche nel suo quadro classico, dato che un lieve grado di atelettasia, come si è visto, si può considerare normale dopo certi interventi.

(*Continua*).

XX Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Si è tenuto il 22 ottobre u. s. in Genova, con l'intervento di numerosi cultori della specialità e di chirurgi, sotto la presidenza del prof. UFFREDUZZI.

I relatori, proff. DARIO MARAGLIANO e ADRIANO MUGGIA svolgendo il tema

Alterazioni endocrine e deformità

così hanno riassunto le loro conclusioni:

I. FISIOPATOLOGIA DELLE GHIANDOLE A SECREZIONE INTERNA IN RAPPORTO ALL'APPARATO MOTORE. — Apparato regolatore fondamentale della crescita di tutti i tessuti e quindi della morfogenesi è, secondo Pende, il sistema endocrino; e per ogni ghiandola o gruppo ghiandolare si ha un'influenza caratteristica sull'accrescimento e sui processi formativi dell' apparato motore (scheletro, articolazioni, muscoli, tessuti fibro-legamentosi). La valutazione dei fatti osservati e dei risultati sperimentali è però difficile: non bisogna lasciarsi vincere da un troppo facile schematismo.

Per quel che riguarda le *ghiandole sessuali* si deve ritenere che gli stati di ipogenitalismo sian causa di prolungata attività delle cartilagini di coniugazione (si ricordi l'eunucoidismo fisiologico, prepubere di Pende, caratterizzato da abnorme sottigliezza e lunghezza degli arti inferiori). Negli stati di ipergenitalismo invece si ha un precoce arresto della crescita per saldatura delle epifisi.

Gli *ormoni ipofisari* agirebbero prevalentemente sulla crescita in lunghezza del periodo prepuberale e della prima adolescenza mentre, a sviluppo ultimato, influenzerebbero esclusivamente l'ossificazione periostale. L'iperpituitarismo prepuberale favorisce il gigantismo acromegaloide, quello postpuberale la sindrome acromegalica anche senza gigantismo.

La *tiroide* agisce in modo elettivo sull'attività osteoblastica delle cellule, accelerandone il ritmo: quindi per la disfunzione si hanno sopratutto modificazioni della crescita, e, in caso di partecipazione del complesso ormonico che presiede alla normale distribuzione e fissazione del calcio, e in cui l'elemento paratiroideo ha la maggiore responsabilità, anche deformità.

Una quantità di fatti sta a dimostrare la grande importanza delle *paratiroidi* e del *timo* come regolatori del ricambio calcico dello scheletro.

Nozioni cliniche ed acquisizioni sperimentali permettono infine di isolare dei *complessi ghiandolari* con azione più o meno bene accertata sull'apparato motore: così timo, ipofisi e gonadi agirebbero sull'elasticità dei muscoli e dei legamenti (grande negli ipertimici, che sono sovente anche degli iposurrenali); tiroide e ipofisi favorirebbero l'ossificazione endocondrale, ecc.

II. ALTERAZIONI ENDOCRINE E DEFORMITÀ. — Sarebbe più opportuno parlare di alterazioni endocrine e distrofie dell'apparato motore, in quanto che con l'assurgere a sempre maggiore dignità dell'ortopedia questa può chiedere all'endocrinologia il chiarimento sui rapporti esistenti fra alterazioni delle ghiandole a secrezione interna e certe osteo-, artro-, mio- e fibro-elastopatie, che possono condurre a deformità (ossia a deviazioni persistenti dalla norma, congenite o acquisite, della forma e della funzione delle varie parti dell'apparato motore). L'anatomia patologica offre una delle più sicure basi allo studio dei rapporti fra distrofie degli organi di movimento e alterazioni endocrine; in questo campo le nostre conoscenze si allargano ogni giorno, illuminando questioni oscurissime.

Non vi è dubbio che alcune malattie sistemiche dell'apparato motore riconoscano come causa alterazioni endocrine (acromegalia, nanismo ipotiroideo, ecc.). Ma secondo gli endocrinologi per disfunzioni endocrine si possono avere anche alterazioni limitate a un solo segmento dell'apparato motore, ove la parte presenti una minorazione costituzionale congenita o acquisita.

Concludendo si possono avere stati morbosi degli organi di movimento, stabilitisi in rapporto con endocrinopatie così gravi da poter agire sopra un apparato motore sano e si possono avere stati morbosi dovuti all'azione combinata di predisposizioni costituzionali e di disturbi endocrini.

Dal punto di vista del meccanismo patogenetico, le osteopatie si realizzano attraverso alterazioni dell'attività biologica delle cellule cartilaginee e degli osteoblasti e attraverso modificazioni del ricambio dei minerali. Non si possono invece ritenere per dimostrati rapporti diretti da causa ad effetto fra alterazioni endocrine e artropatie, potendosi invece ammettere rapporti indiretti, in quanto le prime potrebbero considerarsi un coefficiente all'estrinsecazione dello stato morboso e al mantenimento di esso, attraverso influenze trofiche e vascolari.

Anche più oscuro è il campo delle interferenze, ammesse da alcuni, fra endocrinopatie e fibroelastopatie (ossia alterazioni dello sviluppo dei tessuti fibroso ed elastico, e dei loro rapporti proporzionali). Oscuri infine e del tutto imprecisati

sono gli eventuali rapporti fra alterazioni endocrine e distrofie muscolari.

a) *Osteodistrofie endocrine*: 1) Le osservazioni cliniche, confermando le nozioni fornite dalla fisiopatologia, ci dicono che le osteopatie sicuramente dovute ad alterazioni della tiroide si svolgono e stabiliscono nel periodo della crescenza. Le alterazioni ossee caratteristiche dell'atiroidismo e dell'ipotiroidismo grave si manifestano nel mixedema congenito ed infantile, nel cretinismo endemico, in alcune forme di gozzo endemico: esse sono contrassegnate da un'ossificazione ritardata e irregolare delle epifisi, da cui il nanismo; mentre il processo di calcificazione è normale: quindi non rammollimento, non deformità, se non, talvolta, per l'azione del carico sulle cartilagini interepifisarie anormalmente persistenti (coxa vara).

2) Se noi sappiamo che le paratiroidi hanno un'importanza predominante nel ricambio del calcio, pure nessuna osteopatia calciopriva può essere subordinata con sicurezza a uno stato di ipoparatiroidismo: le più importanti e frequenti di esse, quali l'osteomalacia e il rachitismo, degli endocrinologi, vengono messe in rapporto con una sindrome pluriglandolare. Interessante è invece l'esistenza nell'uomo di una sindrome, dimostrata di recente, che corrisponderebbe all'iperparatiroidismo sperimentale, e caratterizzata dalla presenza di alterazioni ossee del tipo dell'osteite fibrosa cistica generalizzata (mal. di Recklinghausen), da ipercalcemia, da ipotonia muscolare, da adenomi o ipertrofia delle paratiroidi. Sono stati fatti, con sucesso, anche dei tentativi di cura chirurgica (asportazione delle paratiroidi) per questo stato morboso.

3) Disfunzioni ipofisarie dan luogo a osteopatie e deformità di cui alcune si manifestano con sindromi ben conosciute ed ormai classiche (gigantismo ipofisario, acromegalia, distrofia adiposo genitale; nanismo ipofisario); altre invece con modalità anatomiche e cliniche ancora discusse e non bene chiarite: così la disostosi ipofisaria descritta dallo Schüller, caratterizzata dall'associazione di diabete insipido, esoftalmo e osteopatia calcipriva più o meno generalizzata.

4) Le alterazioni dello scheletro che si possono con fondamento anatomo-patologico porre in rapporto con un ipogenitalismo e con un ipergenitalismo sono anch'esse sistematizzate (es. nell'a- e ipogenitalismo l'alterazione essenziale consiste in una lieve esagerazione nella crescita delle ossa lunghe).

5) Non si hanno dati clinici convincenti che ci permettano di riferire in modo sicuro osteopatie a disfunzione delle surrenali, del timo e della pineale.

b) *Osteopatie in rapporto con sindromi endocrine indeterminate.* — La questione dei rapporti fra alterazioni endocrine e rachitismo è tuttora aperta. È notevole che AA. che, come il Pende, si erano dimostrati scettici in materia, oggi tendano a considerare questa malattia come una diminuita capacità di fissazione del calcio da parte del tessuto osteoide, a causa di insufficienza di ormoni calcio-fissatori o di eccesso di ormoni calcio-inibitori.

Anche per l'osteomalacia vengono chiamate in causa sindromi morbose pluriglandolari: in essa come nel rachitismo gli studi sono oggi rivolti specialmente alla ricerca di eventuali alterazioni delle paratiroidi.

c) *Artropatie endocrine*: 1) Per alterazioni delle glandole sessuali: nel periodo della menopausa si possono avere dei disturbi articolari (artriti della menopausa) che senza potere essere esclusivamente attribuiti all'ipoovarismo, stanno in rapporto con quello squilibrio dell'organismo che si stabilisce di frequente per la cessazione delle mestruazioni. La fisonomia clinica e l'anatomia di queste artropatie sono ancora imprecisate: secondo la maggioranza degli AA. rigidità articolari delle dita della mano sono quasi costanti. Per molti AA. americani l'affezione colpirebbe con grande frequenza anche il ginocchio sotto forma di un'artrite ipertrofico-proliferativa. L'opoterapia ovarica darebbe miglioramenti secondo i più, mentre alcuni avrebbero ottenuto migliori risultati con la cura jodica.

2) Per alterazioni delle tiroidi: non abbiamo dati positivi che dimostrino un rapporto diretto con affezioni articolari. Se in stati di ipo- o ipertiroidismo sono state riscontrate delle artropatie o se in casi di artropatia cronica furono constatati dei segni di disfunzione tiroidea, è necessario essere assai riservati nell'affermare delle relazioni da causa ad effetto. Si può ammettere invece che alterazioni tiroidee possano influenzare dannosamente il decorso di malattie articolari stabilitesi per cause diverse.

3) Ad alterazioni delle paratiroidi e precisamente a uno stato di iperparatiroidismo, sono state attribuite da Oppel e altri AA. le cosidette poliartriti anchilosanti, con sede di predilezione alla colonna vertebrale: in un numero già rilevante di casi si è tentato pure di influenzarle asportando chirurgicamente una o due paratiroidi, con risultati assai spesso buoni.

d) Oscura e discussa è l'importanza che alterazioni endocrine possono avere nell'eziopatogenesi di *deformità acquisite*, come le deviazioni del rachide, il ginocchio valgo, le distrofie metaepifisarie della crescenza.

Ripetutamente è stata notata l'associazione: coxa vara, adiposità genitale specie nei maschi.

Concludendo per la chirurgia ortopedica le alterazioni endocrine hanno scarsa importanza — dal punto di vista della frequenza — come coefficienti etiopatogenetici di stati morbosi dell'apparato motore.

* * *

Alla interessante discussione seguita partecipò fra gli altri il prof. PENDE, il quale volle sottolineare il fatto che se lievi alterazioni endocrine entrano nel determinismo di affezioni degli organi del movimento come coefficienti secondari, non per questo esse debbono essere svalutate o trascurate. In clinica tutti i momenti causali hanno un identico valore, siano essi principali o secondari, perchè solo col concorso di tutti si realizza lo stato morboso.

* * *

Alla relazione seguirono molte e interessanti comunicazioni.

A presidente del prossimo Congresso è stato eletto il prof. DALLA VEDOVA. I temi scelti furono i seguenti:

1) *Progressi recenti delle protesi e degli apparecchi ortopedici;*

2) *Trattamento chirurgico della tubercolosi osteo-articolare.*

E. VENEZIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le stenosi duodenali d'origine estrinseca.

Appelmans (*Revue Medicale de Louv.*, n. 11, 1929) riporta una statistica di 30 casi, con interessanti dati comparativi di questa affezione troppo spesso sconosciuta.

Quattro sono le cause più frequenti:

1) per compressione del duodeno dal peduncolo mesenterico. I vasi mesenterici incrociano la 3ª porzione del duodeno; una compressione vascolare può prodursi o per brevità del mesentere o per insufficienza acquisita della parete addominale, che per la sua flaccidità, spinge le anse del tenue a cadere più in basso in modo che il mesentere diviene troppo corto.

Clinicamente il p. ha vomito, sopratutto biliare, dolori epigastrici irregolari, senza alcun rapporto con i pasti. Il ripetersi delle crisi altera sempre più la salute del p. che dimagrisce. Radiologicamente si vede arrestarsi il pasto opaco al livello della linea mediana con dilatazione della III porzione duodenale, peristaltismo, ma tutto scompare in posizione ventrale, ricercata anche dal p. perchè gli procura sollievo. Il trattamento è chirurgico e comporta una duodeno-digiunostomia;

2) per compressione del duodeno da anomalie congenite. La più frequente è l'inversione intestinale. La compressione del duodeno da parte della radice del mesocolon e dell'arteria colica mediana, branca della mesenterica sup., è frequente. Lo stesso accade nei casi di mobilità eccessiva o di fissazione difettosa dell'angolo epatico del colon. Questa parte del colon, troppo mobile, ricade e l'arteria fa corda al davanti del duodeno. Altre volte la compressione è fatta da una briglia, da una membrana, da una bandelletta che dal fegato o dalle vie biliari va al duodeno.

Il quadro clinico è identico al precedente, il trattamento è chirurgico e sopratutto causale;

3) da periduodenite consecutiva a periviscerite. Nel corso di una colecistite, le aderenze infiammatorie, possono raggiungere la regione duodenale; così pure la colecistectomia può accidentalmente produrre la stessa complicazione. Queste aderenze possono anche essere dovute ad un'ulcera gastrica o duodenale, o ad un'appendicite, e persistere dopo la guarigione del focolaio iniziale.

La sintomatologia è confusa, la radiografia solo permette di fare la diagnosi. Il trattamento è causale;

4) per compressione da parte di un tumore. Queste stenosi possono essere provocate da tumori dello stomaco, del digiuno, delle vie biliari o del pancreas.

I sintomi sono quelli di una stenosi parziale piloro-duodenale, con i sintomi propri a questi tumori a seconda della loro natura e dello stato della loro evoluzione. La diagnosi sarà confermata dalla radiografia; il trattamento sarà causale: ablazione del tumore. In caso d'impossibilità di un trattamento radicale può essere utile una duodeno-digiunostomia.

A. P.

La perforazione delle ulcere gastriche e duodenali.

Pleatou (*Long. Island Medical Journ.*, marzo 1929, n. 3) passa rapidamente in rassegna i 60 casi di perforazione caduti sotto la sua osservazione; crede di poter riassumere la etiologia in 6 classi: 1) necrosi circoscritta; 2) azione digestiva del succo gastrico; 3) trombosi od embolia dei ramuscoli arteriosi; 4) devitalizzazione per cause svariate; 5) ipercloridria; 6) batteri.

Nulla di nuovo dice sulla anatomia patologica, ma anche sotto questo rapporto divide i suoi casi in 5 differenti tipi: 1) larga ulcerazione con indurimento dei margini; 2) ulcerazione di media grandezza con modica infiltrazione del tessuto; 3) piccola ulcerazione senza indurimento dei margini; 4) necrosi acuta; 5) ulcere multiple.

Riguardo alla sintomatologia ed alla diagnosi nulla aggiunge a quanto è di ordinaria osservazione.

Per la prognosi ricorda come sia direttamente proporzionale alla rapidità dell'intervento, e dalle diverse statistiche desume che l'intervento nelle prime 12 ore dà una mortalità che si aggira sul 28 %.

Nei 60 casi in 44 ha eseguito la cauterizzazione e la chiusura della perforazione, in 15 cauterizzazione, chiusura e gastroenterostomia posteriore, in 1 caso ha dovuto accontentarsi di zaffare semplicemente con garza iodoformica l'area attorno alla perforazione.

Ha avuto 9 morti (15 %) le cui cause sono: 2 per pancreatite acuta, 1 per trombosi della coronaria in 18ª giornata, 3 per peritonite diffusa, 2 per polmonite post-operatoria, 1 in seguito a gangrena e perforazione della cistifellea.

Complessivamente nei 41 casi che ha potuto seguire da qualche anno i risultati sono ottimi senza notevoli differenze nei riguardi del differente tipo d'intervento.

FILIPPA.

Ulcera recidivante dopo resezione gastrica.

W. Budde (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 153, pag. 600) riferisce di un paziente operato 4 anni prima di resezione gastrica, sec. Billroth, per perforazione di un'ulcera duodenale.

Un anno dopo l'operazione si ripresentarono dolori a tipo di lesione duodenale e perdita di peso progressiva. Riuscita vana una cura medica fu sottoposto a un secondo intervento che dimostrò l'esistenza di un'ulcera duodenale localizzata a 1 cm. sotto la stomia. Venne praticata una seconda resezione gastrica, se-

guìta da gastrodigiunostomia sec. Polya. Il paziente, rivisto 2 anni dopo l'intervento, è guarito completamente.

L'esame macro- e microscopico della porzione di stomaco resecata nel primo e nel secondo intervento dimostra l'esistenza di una gastrite. Questa, sec. il Budde, è la vera causa delle lesioni ulcerose che rappresentano uno dei sintomi e che possono anche mancare. Sono questi i casi di individui con una sintomatologia completa di ulcera gastrica o duodenale e in cui, all'intervento, non si rinviene l'ulcera.

La gastrite, non guarita dopo il primo intervento, è stata la causa della recidiva ulcerosa e ciò, perchè cause di poco conto e di diversa origine provocano facilmente, quando esiste una gastrite, una lesione erosiva che diventa nel prosieguo l'ulcera.

Dal punto di vista diagnostico ha importanza l'esame frazionato del succo gastrico che dimostra il periodo di secrezione molto lungo e l'assenza della fase psichica della secrezione. Operatoriamente bisogna tenere in conto due necessità: 1) asportare il piloro che per l'aumentata acidità del contenuto gastrico, funziona in modo alterato, in genere insufficentemente per spasmo e provoca un rallentato svuotamento gastrico che aggrava ancora di più la lesione; 2) resecare la porzione antrale dello stomaco perchè così viene a mancare la parte più attiva della parete nella secrezione acida.

Per adempiere a questi due scopi l'intervento sarà sempre una resezione piloro-gastrica, anche nei casi in cui l'ulcera, per la sua sede, non è resecabile.

La gastroenterostomia sarà riservata ai casi di stenosi cicatriziale in cui, per la lunga durata della gastrite, esiste quasi sempre achilia; sarà riservata ancora ai casi di grosse ulcere duodenali stenosanti in cui le condizioni del paziente non permettono di fare un intervento radicale.

VALDONI.

TERAPIA.

Fragilità venosa e cura sclerosante delle varici.

L. Gaugier (*Presse Méd.*, 25 maggio 1929) chiama « fragilità venosa » la sensibilità delle vene ai mezzi sclerosanti.

Normalmente, in seguito ad un'iniezione di 3 cmc. di salicilato sodico al 30 % una vena varicosa si oblitera lungo una estensione di 6-8 cm., senza presentare fenomeni di acuzie percepibili dal paziente.

A volte, però, la sensibilità è molto maggiore: può esser tale che basta 1 cmc. di soluzione salicilica al 20 % (ovvero chininica al 10 %), per provocare la sclerosi di tutte le varici di un arto.

Altre volte, invece, non si ottiene la reazione sclerosante neppure da soluzione salicilica al 60 % (ovvero chininica al 30 %). L'A. ne riferisce un caso.

La sensibilità venosa varia non solo da un soggetto all'altro, ma anche in regioni diverse e perfino in vari tratti di una stessa vena.

Queste nozioni dimostrano la convenienza di accertare il grado di reattività di un tratto venoso, prima di praticarvi un'iniezione sclerosante. Difatti si richiede molta prudenza quando la sensibilità sia grande; viceversa deve colpirsi duramente se la resistenza è marcata.

Per riconoscere il grado di sensibilità, non basta l'esistenza di varici, dacchè non tutte le vene fragili sono varicose e non tutte le varici interessano vene particolarmente sensibili.

L'aspetto esterno dell'arto non dà neppure indicazioni sicure; ma si deve diffidare di un arto molto edematoso, gonfio, teso.

Lo studio del simpatico venoso sembra poter fornire indicazioni utili: dopo una iniezione sclerosante debole, in vene ipersensibili, l'indice oscillometrico è più forte che per le vene di normale resistenza.

Ma gl'indizi più preziosi sono forniti dall'interrogatorio anamnestico, dacchè esiste un certo parallelismo tra la sensibilità venosa agli agenti chimici e quella agli agenti infettivi. Perciò ogni pregressa flebite o venite (l'A. riserva, con Sicard, il nome di flebite all'infiammazione delle vene profonde, quello di venite all'infiammazione delle vene superficiali), come pure una precoce « setticemia venosa » di Vaquez, devono indurre a molta prudenza, onde non incorrere nel pericolo di provocare reazioni violente.

L'A. propone, inoltre, un'iniezione di saggio, con 2 cmc. di soluzione salicilica al 20 %, che può essere praticata tranquillamente, in specie allorchè l'interrogatorio non dimostri precedenti di venite o di flebite: poi conviene regolarsi sulla reazione provocata.

Giova aggiungere che per la sclerosi delle vene varicose rispondono bene, oltre le soluzioni di salicilato sodico, le semplici soluzioni cloruro-sodiche e le soluzioni di glucosio.

O. F.

Trattamento delle emorroidi con iniezioni sclerosanti.

Il trattamento usato da Bensaude e Oury (*Presse Méd.*, 6 giugno 1928) si allontana da quelli finora consigliati, in quanto le iniezioni sclerosanti non sono fatte nelle vene, ma nel tessuto sottomucoso, immediatamente al di sopra del pacchetto emorroidario. Si usa una soluzione di cloridrato doppio di chinina ed urea al 5 %; si applica l'anuscopio, e si iniettano 3-5 cmc. di soluzione la settimana nel tessuto sottomucoso, con una siringa di Collin a becco metallico, ed ago di platino, lungo circa 1 cm.

Durante l'iniezione il tessuto si distende e diventa pallido; non deve però presentare l'aspetto biancastro; in tal caso l'iniezione è troppo superficiale, e può produrre una necrosi della mucosa; conviene allora ritirare una parte della soluzione.

Bisogna inoltre evitare la commessura ante-

riore per la prostata, e la posteriore, e ritirare l'ago se si penetra in un tessuto sclerosato o in una vena; bisogna curare l'asepsi, disinfettando le emorroidi con alcool jodato.

La cura si completa con 10-12 iniezioni fatte a distanza d'una settimana; è utile far riposare il malato per una mezz'ora dopo l'iniezione.

Tale metodo di cura trova la sua principale indicazione nelle emorroidi con emorragia e nel prolasso; le iniezioni fanno sparire i dolori, le emorragie e il prolasso. Su 99 infermi curati, gli AA. hanno avuto 49 % di guarigioni, 47 % miglioramenti, il 3 % d'insuccessi.

Le iniezioni di chinina-urea sono indolori; vanno però fatte lentamente, in un tessuto ancora morbido, ed abbastanza profonde.

Le iniezioni sclerosanti di Roux, a base di glicerina fenicata, sono molto più dolorose di quelle di chinina-urea. CARUSI.

Elettroterapia delle emorroidi.

J. M. Marchand (*Journ. Méd. Franç.*, febbraio 1929) espone le cure elettriche delle emorroidi. Le divide in due gruppi: conservative e distruttive.

Le prime si valgono della diatermia conservativa, la quale, dopo una fugace iperemia, determina decongestione. Si può utilizzare l'alta frequenza ad alta ed a bassa tensione. Si richiede una dozzina di sedute. I pazienti non vengono più molestati da alcun disturbo; ma sono ancora emorroidari in potenza: possono ricadere. Non si ottiene, dunque, una cura radicale; ma si sopprimono i dolori e le emorragie; si rende anche possibile un completo esame col rettoscopio; si prepara il terreno ad un'ulteriore cura radicale, se necessaria, e si permette di operare a freddo: perciò si rende più facile l'atto operativo e se ne assicura il buon esito.

Le cure distruttive utilizzano la diatermia distruttiva ovvero l'elettrolisi.

Alcuni metodi distruggono in totalità la mucosa e le vene varicose; altri si limitano a produrre, in profondità, delle piccole escare, che determinano poi la formazione di tessuto cicatriziale: questo ingloba i vasi e ne impedisce la dilatazione e il risultato è identico a quello che si ottiene con le iniezioni sclerosanti.

Questi metodi richiedono l'anestesia; l'A. preferisce quella ottenuta mediante l'iniezione epidurale, perchè più completa e di esecuzione più semplice.

L'A. stima preferibili le iniezioni sclerosanti, perchè indolori e perchè possono eseguirsi ambulatoriamente. Solo se queste falliscono, egli ricorre alla cura elettrica distruttiva, la quale richiede l'anestesia e per solito l'ospedalizzazione. V. L.

Cura medica delle varici degli arti inferiori.

Poncel (*Marseille Méd.*, n. 6, 1929) consiglia un esame accurato del paziente per svelare la lues (cura specifica), la gravidanza, il diabete (che controindica ogni intervento cruento), l'arterite, i tumori addominali, le cardiopatie mal compensate.

La cura palliativa consiste in mezzi ortopedici come le calze e le fascie elastiche; nella fisioterapia, cioè esercizi di marcia, docce fredde plantari, diatermia, raggi ultravioletti; nella opoterapia, cioè uso di preparati genitali e ipofisari ed infine nell'uso dei vasocostrittori come il *cupressus sempervirens* e lo joduro a piccole dosi prolungate per molto tempo.

Oltre questi mezzi non vi è che la cura operatoria. L. TONELLI.

MEDICINA SCIENTIFICA

La biochimica dei tumori maligni.

Sull'importante questione, A. Scala (*Ann. di Igiene*, 1929) emette delle nuove vedute, basate sullo studio critico della letteratura e sul contributo di numerose ricerche personali, essenzialmente basate su complesse analisi di urine di pazienti cancerosi.

Delle ipotesi emesse sulla natura del cancro, egli esclude quella cellulare e mette in dubbio quella infettiva, ritenendo che soltanto la teoria costituzionale possa dare la ragione della genesi del cancro, appoggiandosi sopra i fatti osservati, fra cui importante è anche l'ereditarietà.

Trattasi, in complesso, di una predisposizione dei tessuti (ereditata od acquisita), per cui si ha (p. es., in seguito ad irritazione come accade per i tumori da catrame) lo sviluppo del tumore. Tale predisposizione risiede, secondo l'A., in uno spostamento dell'equilibrio acido-base dei tessuti nel senso di un'alcalosi. La formazione di uno stato acido, quale si osserva spesso nel periodo operatorio, è dovuta a cause accidentali e secondarie, le quali oscurano e travisano il reale stato delle cose.

Nella costituzione organica dei cancerosi, avremmo quindi a che fare con uno stato alcalino, il quale è di difficile attacco e permane ad onta che acidi di formazione superficiale facciano credere alla possibilità di un sovvertimento dello stato alcalino.

Lo stato di alcalosi larvata corrisponderebbe allo stato precanceroso e quello di alcalosi attiva, alla manifestazione del tumore ed al suo inesorabile sviluppo.

Nella prima (a. larvata) si avrebbe una carica jonica anomala, la quale si eleva ordinariamente col crescere degli anni ed è massima verso la media età, quando il pH (concentrazione jonica) dei tessuti, che va diminuendo dai 6 anni in su, raggiunge il punto neutro o punto isoelettrico. In queste condizioni, dalle micelle colloidali, che hanno il cerchio esterno formato di joni elettropositivi, questi vengono lanciati nell'ambiente ed, idrolizzandosi, si trasformano in basi. In tal modo, dallo stato precanceroso (potenziale) si passa a quello canceroso manifesto (virtuale od in atto).

Con questa teoria, si verrebbe anche a spie-

gare l'accrescimento dei tumori e la loro metastasi. Il primo si spiega, come ogni accrescimento di tessuti, con la fissazione di acqua, dovuta al fatto che gli alcali sono dei fortissimi idratanti, perchè tendono a disperdere sempre più le materie gelificate ed a farle passare allo stato di soluzione colloidale e, se possibile, a quello di soluzione molecolare. Essi tendono quindi a far combinare, alla materia, acqua sempre più in abbondanza ed a favorire, per conseguenza, negli esseri viventi l'accrescimento; oltre al fatto di creare un ambiente favorevole alle diastasi proteolitiche che preparano i materiali elementari per la moltiplicazione delle cellule dei tessuti.

Le metastasi si spiegano col distacco di cellule intere (favorito dall'alcalosi) o di micelle colloidali che si riproducono nel punto in cui si fermano, trovando il terreno già favorevole.

La teoria dell'A. getta una nuova luce su questo campo oscuro e può determinare un nuovo orientamento delle ricerche che varranno forse nel futuro a dare una soluzione di questo problema che affanna le menti degli studiosi e potranno forse anche avere un riflesso sulla terapia. *fil.*

Sulla resistenza del carcinoma.

Nella II Clinica Chirurgica di Budapest, dove da parecchi anni è stato instituito un centro di ricerche sul cancro, Endre Kubanyi (*Rinascenza Medica*, n. 6, 1929) ha praticato una serie di esperienze sui tumori dei topi allo scopo di studiare se il tessuto carcinomatoso — sottoposto, dopo qualche giorno dall'ablazione, all'azione dei raggi Röntgen — conservasse la propria capacità vitale.

Le ricerche sono state condotte nel modo seguente: pezzetti di tumori, dopo essere stati immersi in soluzione di Ringer e tenuti per 3 giorni alla temp. di — 2° C., sono stati irradiati con forti dosi di raggi Röntgen e poi reinnestati, ottenendone quasi sempre l'attecchimento.

L'esame istologico ha fatto rilevare come residuino nei tumori irradiati anche con 25 dosi eritematose alcune isole di tessuto neoplastico, che sono capaci di assicurarne l'attecchimento e conservano la propria capacità di accrescimento illimitato.

L'intensità della resistenza accertata mediante l'indagine sperimentale ci spiega quindi come basti una minima isola carcinomatosa lasciata « in situ » durante l'intervento per dare delle recidive. C. GIACOBBE.

L'attività delle cellule cancerose.

Gli studiosi dell'Istituto Leeuwenholk (Amsterdam) sono riusciti a rendere sensibile all'orecchio l'attività delle cellule cancerose. Hanno immaginato un apparecchio tecnicamente molto ingegnoso, che fa sentire le variazioni della tensione elettrica intracellulare; il rumore risulta paragonabile al ronzio di una grossa mosca. Si trova così materializzato lo stato di attività speciale della cellula cancerosa. (Dalla *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, anno 48, n. 43).

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. C., da Kossek:

Non esistono trattati sul servizio medico quarantenario. Veda i comuni trattati di igiene ed epidemiologia e di medicina navale, p. es.: RIBOLLA: *Manuale di Medicina navale*. Pozzi ed., Roma; SESTINI: *Igiene della emigrazione*. U.T.E.T., nel « Trattato Italiano di igiene ». *fil.*

All'abb. n. 3586-1:

La riduzione del Nyländer può aversi anche per altre sostanze, oltre che per il glucosio, p. es.: albumina, diversi medicamenti, acido glicuronico. Per quanto riguarda poi l'intorbidamento giallo-scuro osservato dopo l'aggiunta di molta urina al liquido di Fehling, esso può essere dato da acido urico, ippurico o glicuronico, da xantina, creatinina, ecc.; ha quindi scarso significato. Il metodo più sicuro per accertarsi che si tratta di glucosio è la fermentazione, con il lievito di birra. Per la ricerca qualitativa col Fehling, basta aggiungere poche gocce di urina; in tal modo, si è sicuri di scoprire il glucosio, poichè la reazione per questo è molto sensibile, mentre si elimina l'azione delle altre sostanze che possono agire da riducenti. *fil.*

VARIA.

La funzione della prostata negli scritti di Rufo d'Efeso.

È interessante sapere, come ricorda P. A. Meineri (*Il dermosifilografo*, 5 maggio 1929), le opinioni degli antichi sull'anatomia e funzione dei diversi organi genitali. Una confusione d'idee esisteva a riguardo della prostata, del deferente e dei testicoli, quest'ultimi già noti come organi produttori dello sperma.

In una sua lezione Rufo d'Efeso dà precise indicazioni sul deferente, così come è stato confermato in seguito dagli anatomici.

Parlando della prostata, chiaramente dice che essa produce un liquido meno denso di quello testicolare, e non fecondante; divide così le due funzioni: testicolare e prostatica con netta distinzione, considerando il liquido prostatico come un nutrimento per i nemaspermi.

Galeno nei suoi scritti mostra di ignorare l'opinione di Rufo, e dà della prostata un concetto che non risponde per nulla alla realtà, la quale era stata supposta invece dal Rufo. CARUSI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Nuove disposizioni per il riconoscimento della qualifica di specialista.

La Gazzetta Ufficiale *del 22 ottobre, n. 246, ha pubblicato il R. D. 29 agosto 1929 n. 1823 che contiene disposizioni per il riconoscimento della* qualifica *di specialista, agli effetti dell'esercizio professionale e, precisamente, per l'attuazione dell'art. 60 del D. L. 4 settembre 1925 n. 1604.*

Lo riportiamo integralmente, aggiungendo brevi delucidazioni.

Art. 1. — Coloro i quali dimostrino con titoli e documenti di avere esercitato lodevolmente per cinque anni, computati anteriormente alla data di pubblicazione del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, e cioè al 18 gennaio 1924, una specialità in qualsiasi ramo professionale, possono assumere la qualifica di specialista.

Sui titoli e documenti presentati giudicheranno tante Commissioni quante sono le professioni indicate nella tabella annessa al R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909.

Art. 2. — Le Commissioni sono nominate dal Ministro per la pubblica istruzione, di concerto con gli altri Ministri interessati, e sono composte di cinque membri; due scelti fra professori ufficiali delle Università e degli Istituti superiori, due fra i liberi professionisti delle rispettive professioni su terne designate dalla Confederazione nazionale Sindacati fascisti professionisti ed artisti ed uno fra i funzionari del ruolo amministrativo del Ministero della pubblica istruzione, di grado non inferiore al 6°.

Per ciascuna delle categorie indicate nel comma precedente sono nominati altrettanti supplenti, chiamati a sostituire i rispettivi titolari nel caso di assenza.

Col decreto di costituzione della Commissione, il Ministro per la pubblica istruzione ne nomina il presidente.

È in facoltà del presidente stesso di proporre al Ministro, tutte le volte che ne ravvisi l'opportunità, la nomina, quale membro aggregato, con voto consultivo, di un professore universitario o di un cultore di una particolare specialità.

A richiesta del presidente, potranno anche essere aggregati, con voto consultivo, altri due liberi professionisti della regione cui appartengono i singoli aspiranti.

Adempiono alle mansioni di segreteria delle Commissioni funzionari della carriera amministrativa del Ministero della pubblica istruzione.

Art. 3. — Entro sei mesi dalla data di pubblicazione del presente decreto, coloro che aspirano al riconoscimento di cui all'art. 1 debbono presentarne domanda al presidente dell'Ordine o Collegio competente della circoscrizione, ove l'aspirante ha la residenza, se la formazione e la tenuta dell'albo professionale sia dalle leggi vigenti affidata ad un Ordine o Collegio, o, se si tratti di professione per la quale non sia costituito legalmente un Ordine o Collegio, all'organo competente delle Associazioni sindacali legalmente riconosciute, al quale, giusta la legge 3 aprile 1926, n. 563, ed il R. decreto 1° luglio 1926, n. 1130, sia affidata la tenuta dell'albo.

Ove manchi anche l'associazione sindacale legalmente riconosciuta, la domanda deve essere inviata direttamente al Ministero della pubblica istruzione.

La domanda, redatta in carta legale da L. 3; e diretta al Ministero della pubblica istruzione, deve essere corredata dei seguenti documenti:

1) certificato di nascita;

2) certificato di cittadinanza italiana o certificato di cittadinanza di uno Stato estero avente trattamento di reciprocità con l'Italia;

3) certificato di residenza;

4) certificato generale del casellario giudiziale non anteriore di tre mesi alla data di presentazione della domanda;

5) certificato rilasciato dall'Ordine o Collegio competente o, se l'Ordine o Collegio non sia legalmente costituito, dall'organo incaricato della tenuta dell'albo, dal quale risulti che l'aspirante è abilitato all'esercizio professionale della professione della quale fa parte la specialità. Se manchi anche l'Associazione legalmente riconosciuta cui sia affidata la tenuta dell'albo, ovvero se l'esercizio professionale non sia subordinato all'iscrizione in un albo, l'aspirante deve presentare, in luogo di detto certificato, il diploma di abilitazione all'esercizio professionale o, se abbia conseguita la laurea o il diploma anteriormente al 31 dicembre 1924 o, nel caso di cui all'art. 5 del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, anteriormente al 31 dicembre 1925, la laurea o diploma originale;

6) titoli e documenti comprovanti che l'aspirante ha esercitato lodevolmente per cinque anni la specialità;

7) relazione dettagliata dell'attività professionale dell'aspirante con l'indicazione degli studi compiuti, degli esperimenti fatti e la specificazione di date e località precise che possano agevolarne l'eventuale controllo.

Art. 4. — Di mano in mano che le domande sono presentate esse debbono essere inviate al Ministero della pubblica istruzione dai presi-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

denti degli Ordini o Collegi o dai competenti organi delle Associazioni sindacali, legalmente riconosciute, con la relativa documentazione, aggiungendovi il proprio parere motivato.

Art. 5. — Il giudizio delle Commissioni è insindacabile.

Le deliberazioni sono valide anche se alle adunanze relative non abbia partecipato la totalità dei membri costituenti ciascuna Commissione, sempre che sia presente o partecipi alla deliberazione un rappresentante di ciascuna categoria di cui al primo comma dell'art. 2.

Il giudizio delle Commissioni viene comunicato dal Ministero della pubblica istruzione agli interessati pel tramite dei Consigli o degli Ordini professionali o delle Associazioni legalmente riconosciute, ovvero direttamente dallo stesso Ministero, qualora manchi l'Ordine, o il Collegio, o l'organo sindacale incaricato della tenuta dell'albo.

Ove il giudizio sia favorevole, viene riconosciuta all'interessato, mediante decreto del Ministro per la pubblica istruzione, la qualifica di specialista.

Art. 6. — Nulla è innovato alle disposizioni dell'art. 19 del R. decreto-legge 23 ottobre 1927 n. 2105, per quanto riguarda il contributo degli aspiranti alle spese pel funzionamento delle Commissioni.

L'art. 4 del R. D. 31 *dicembre* 1923 *n.* 2909, *dispose così*: « *la qualifica di specialista in qualsiasi ramo di esercizio professionale può essere assunta soltanto da coloro* che abbiano conseguito il relativo diploma secondo quanto sarà stabilito dagli statuti delle Università e degli istituti superiori. *Chi contravverrà alla disposizione di cui al comma precedente, incorrerà nell'esclusione dall'albo professionale, nel quale è iscritto, senza pregiudizio delle altre pene previste per gli esercenti abusivi delle singole professioni.*

« *Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai professori universitari di ruolo e ai liberi docenti delle materie o parte di materie che sono oggetto delle singole specialità* ».

Queste disposizioni, che regolano il sistema normale e permanente (diploma) sono rimaste ferme.

L'art. 60 *del D. L.* 4 *settembre* 1925, *aggiunse una disposizione di carattere transitorio*: « *ferme le disposizioni dell'art.* 4 *del R. D.* 31 *dicembre* 1923 *n.* 2909, *la qualifica di specialista può essere assunta anche da coloro che dimostrino di avere atteso, anteriormente alla pubblicazione del R. D. sopra citato, all'esercizio di specialista. Le norme per l'applicazione di questa disposizione saranno emanate con decreto reale su proposta del Ministro della P. I., di concerto con i Ministri competenti* ».

All'attuazione di questa disposizione transitoria provvede il R. D. 29 *agosto* 1929, *sopra riportato.*

*Già altra volta avvertimmo che le limitazioni riguardano l'*uso della qualifica *e non l'esercizio di una determinata attività, per il quale è sufficiente il titolo che abilita alla professione, nella quale la specialità è compresa.*

Le condizioni per il riconoscimento risultano chiaramente dal decreto: *cinque anni di esercizio, effettivo, legittimo, continuo e lodevole di una specialità* « *in qualsiasi ramo professionale* », *alla data* 18 *gennaio* 1924. *Occorre, quindi, l'*attualità *dell'*esercizio *a questa data, oltre la durata continua per un quinquennio. È ammessa soltanto la prova documentata (titoli e documenti)*: *atti di nomina, certificati, pubblicazioni ecc. Il giudizio è riservato ad una speciale commissione*: *l'art.* 5 *lo dichiara insindacabile. Questa qualificazione ha però valore relativo e non assoluto.*

È da ritenere che contro la determinazione definitiva, che nega il riconoscimento, sia ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, nel termine di giorni sessanta dalla data della notificazione, o in via straordinaria al Re, nel termine di giorni centoottanta.

Per casi analoghi, per es. in relazione agli articoli 9 *della legge* 24 *giugno* 1923 *n.* 1395, *per il titolo professionale degli ingegneri ed architetti e* 68 *del R. D.* 23 *ottobre* 1925 *n.* 2597 *si è dubitato della proponibilità di questo rimedio; ma il Consiglio di Stato ha risoluto il dubbio dichiarando ammissibile il sindacato di legittimità, rimedio generale contro gli atti e i provvedimenti amministrativi.*

Si intende però che l'annullamento può essere pronunziato per motivi di incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere amministrativo, *nel senso ampio di esorbitanza, deviazione dal fine.*

Le Commissioni applicheranno certamente criteri rigorosi, secondo norme generali prestabilite, condizionando in ogni caso il riconoscimento alla dimostrazione positiva, completa e documentata di una vera e propria competenza speciale, *risultante da* studi teorici e da esercizio pratico *seriamente controllabile. È da considerare la importanza che ha assunto il titolo di specialista, secondo gli ordinamenti normali, anche per la preparazione alla quale il diploma è subordinato. La diversità del procedimento e del modo di accertamento non influisce sul requisito sostanziale della* competenza. *Il giudizio della Commissione deve essere motivato.*

È da avvertire, infine, che l'art. 19 *del D. L.* 23 *ottobre* 1927 *n.* 2105, *dispone che le spese per il funzionamento delle Commissioni sono a carico degli aspiranti; i quali, prima della riunione della Commissione, saranno invitati a depositare presso il cassiere del Ministero della P. I. la somma che, tenuto conto del numero dei candidati, per ciascuna Commissione, si presume possa essere addebitata a ciascuno di essi.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Il Comitato permanente dell'Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Si è adunata a Parigi la sessione ordinaria del Comitato permanente dell'Ufficio Internazionale d'Igiene. Erano presenti i delegati di 50 Stati aderenti. All'ordine del giorno erano segnati interessanti argomenti nel campo della epidemiologia e molte sono le comunicazioni presentate in proposito.

Il Comitato, fra l'altro, si è particolarmente occupato di questioni di sanità internazionale connesse con le convenzioni vigenti. Oggetto di discussione animata è il regime sanitario da applicare all'aviazione. Contro le tendenze di alcuni Governi di disporre norme rigorose e ritardatrici, il delegato italiano dott. Lutrario ha sostenuto doversi respingere ogni sorta di norme capaci di intralciare lo sviluppo di questo importante mezzo di comunicazione.

Egli ha detto fra l'altro che i pericoli connessi all'aviazione nel campo profilattico devono considerarsi, allo stato di cose, assai lontani e aleatori, pur convenendo sull'opportunità di consigliare qualche misura semplice e spedita. La proposta del delegato italiano, appoggiata da altre delegazioni come quella olandese, inglese e indiana, ha finito per prevalere. È stato all'uopo nominato un piccolo sottocomitato del quale fa parte il dott. Lutrario, con l'incarico di preparare uno schema di accordo internazionale.

Il Comitato si è nuovamente occupato anche della riforma dell'istituto dei codici di bordo. È stata al riguardo comunicata una nota ufficiale del Governo ellenico, di piena adesione alla tesi accolta nella relazione del dott. Lutrario già trasmessa a tutti i paesi aderenti all'Ufficio internazionale di igiene, tesi che, in fondo, sostiene l'adozione del sistema di reclutamento italiano. Il delegato inglese, quello turco ed altri hanno accennato agli studi in corso per la riforma del servizio medico di bordo secondo l'indirizzo della relazione.

Il dott. Lutrario ha colto l'occasione per insistere nella riforma, allegando numerosi dati sullo sviluppo del traffico marittimo al quale ormai deve adeguarsi la funzione del medico di bordo, scolta prima della sanità internazionale.

Il delegato italiano ha riferito pure sullo studio che si prosegue, in collaborazione con l'Istituto internazionale di agricoltura, circa i fattori influenti sulla differenza tra la mortalità dei rurali in confronto alle popolazioni delle città, sulle recenti provvidenze della Direzione generale di sanità pubblica d'Italia circa la vigilanza delle acque potabili delle navi.

A proposito della difesa della razza, in relazione alla prevalenza di alcune malattie, il dott. Lutrario ha accennato infine all'azione benefica di risanamento fisico e morale spiegata in Italia dal Dopolavoro e dall'Educazione fisica che ha raggiunto in pochi anni uno sviluppo insperato.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

Si è adunato il Direttorio del Sindacato sotto la presidenza del segretario on. prof. Ermanno Fioretti.

Il Direttorio, trattate varie pratiche di ordinaria amministrazione, ha concluso sulla determinazione delle tariffe degli onorari per le prestazioni professionali, tariffe che, ispiratesi a criteri di saggio contemperamento degli interessi dei professionisti con quelli della cittadinanza e sopratutto con riguardo alle classi meno abbienti, saranno dopo ottenuta l'approvazione delle superiori Gerarchie immediatamente comunicate ai sanitari e poste senz'altro in vigore.

Ha trattato poi il Direttorio, diffusamente della questione dei certificati medici da rilasciarsi agli assicurati contro la disoccupazione involontaria, e dell'assistenza da prestarsi agli infortunati del lavoro. Al riguardo della prima questione, è stato votato il seguente ordine del giorno:

« Il Sindacato uniformandosi ai criteri di previdenza sociale affermati dal Regime circa i sussidi nei casi di disoccupazione involontaria e per rendere più facile l'applicazione dell'art. 44 del R. D. 7 dicembre 1924, n. 2270, rende edotti i medici della Provincia di Roma che i certificati a tal uopo richiesti debbono rilasciarsi gratuitamente ».

Quanto alla questione degli infortuni, il Direttorio, stigmatizzata l'opera dei professionisti medici ed avvocati, procacciatori di controversie infortunistiche a tutto danno dei poveri infortunati, ha determinato che siano invitati i sanitari a dare la loro opera a favore di essi con sentimento di fratellanza e di assoluta correttezza facendo anche opera di propaganda affinchè gli infortunati si rivolgano sempre al Patronato Nazionale. il quale Ente dà tutte le migliori garanzie di tutelare equamente i loro interessi, dal lato tecnico, morale ed economico.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Azeglio (*Aosta*) — Scad. 20 nov.; L. 8000 oltre L. 500 uff. san.

Berbenno (*Bergamo*). — Scad. 14 nov.; L. 9600 e 5 quinquenni dec., oltre L. 519 uff. san., L. 840 c. v., L. 400 ambulat.; tassa L. 50,15.

Brescia. *Spedali Civili.* — Un reggente per il riparto di isolamento e due reggenti per due sezioni del riparto tubercolotici. V. N. 44. Scad. 30 nov.

Camisano Cremasco (*Cremona*). — Scad. 1° dic.; consor. 4 comuni; L. 11.500 e 4 quinquenni del 20, 15, 10 e 5 %; indenn. poveri L. 2162,50; c.-v.; per uff. san. L. 500; per trasp. L. 3000; un anno di assistentato in ospedale o due di condotta; tassa L. 50,15.

CATANZARO. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Direttore dei dispensari di Nicastro e Tropea; scad. ore 17 del 15 nov. Rivolgersi alla Segreteria (presso l'Ammin. Provinc.); età lim. 40 a.; buona cond. morale, civile e politica; tassa lire 50,10 al cassiere; doc. non anteriori al 15 sett.; titoli ed esami; stip. L. 14.000 escluso ogni c.-v.; L. 200 mens. trasp.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Scad. 20 nov. V. fascicolo 43.

GENOVA. *Municipio.* — Medico batteriologo assistente nel Laboratorio batteriolog. comunale. Scadenza ore 17 del 15 nov.

GEROCARNE (*Catanzaro*). — Scad. 30 nov.; 1° reparto; L. 7500 e addizion. L. 3 oltre il 20 % della popolaz.; indenn. cavalc. L. 2700 se ammogliato, L. 2340 se celibe (?); 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,15.

MATERA. — Scad. 1° dic.; uffic. sanit. capo dell'ufficio d'igiene del capoluogo; L. 15.000 e 4 quadrienni dec.; compensi privati; inibito l'eserc. libero; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20.

MERANO (*Bolzano*). *Cassa Circondariale di Malattia.* — Medico odontoiatra. Il termine utile per la presentazione delle domande fissato con avviso del 10 ottobre, per il 10 novembre, è stato prorogato fino alle ore 18 del 30 novembre 1929. Per altre notizie vedi prec. N.ri 41 e 42.

MESSINA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico; titoli ed esami. Scad. ore 12 del 30 nov. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

MILANO. — Medico capo del Comune, ufficiale sanit.; v. N. 43; scad. 30 nov.

MONTEPULCIANO (*Siena*). *Regi Ospedali Riuniti di S. Cristofaro.* — Direttore sanitario-chirurgo operatore; scad. 15 nov. V. N. 44.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi. Scadenza ore 17 del 5 dicembre. V. N. 44.

PORTICI (*Napoli*). — Scad. 30 nov., ore 16; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 25-45 a.; buona condotta politico-morale; doc. a 3 mesi dal 22 ott.; tassa L. 50,10.

RAIANO (*Aquila*). — Scad. 30 giorni dal 30 ott., a ore 18; L. 8500 oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; buona cond. polit.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

ROMA. *Ferrovie dello Stato.* — Medico di Riparto per Palidoro; L. 1500; rivolgersi all'Ispettorato Sanitario di Roma.

ROMA. *R. Marina.* — Concorso a 7 tenenti medici in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo. Età limite 30 anni. Scad. 24 feb. 1930.

I vincitori del concorso che otterranno la nomina, se già ammogliati, dovranno, entro il termine di due mesi dalla nomina ad ufficiale, chiedere al Ministro della Marina l'autorizzazione a produrre nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926, n. 399, le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali. La nomina del vincitore del concorso che non avrà ottemperato a tale disposizione e non avrà ottenuto dal Tribunale supremo militare la declaratoria della idoneità e sicurezza della rendita, sarà revocata.

Gli esami avranno inizio in Roma, presso il Ministero, il 24 marzo 1930.

Per le copie della notificazione di concorso (con annesse istruzioni e programmi di esame) e per le domande rivolgersi al Ministero (Direzione generale del personale e dei servizi militari - Divisione stato giuridico).

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato. Direzione Generale.* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Foligno IV (Ancona); Nogara II e Roncanova di Gazzo Veronese (Bologna); Comiso (Catania); Arquata Scrivia (Genova); Cantù (Milano); Soverato (Reggio C.); Palidoro (Roma). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 novembre.

ROMA. *Associazione fra gli inquilini dell'Istituto cooperativo per le case degli impiegati dello Stato* (Quartiere Piazza d'Armi). Sezione Sanitaria « Gustavo Delpino ». — Concorso, per titoli, al posto di medico-chirurgo per la cura ambulatoriale e a domicilio dei soci dell'Associazione e dei membri delle loro famiglie, nonchè dei soci dell'Istituto, non ancora inquilini dell'Istituto stesso, che abitano nella zona circostante la sede dell'Associazione (Piazza Mazzini) nel raggio di un chilometro ed, infine, degli eventuali soci aggregati abitanti nella zona medesima.

Le norme riguardanti il funzionamento del servizio sanitario, la misura dei compensi dovuti dai soci per le visite in ambulatorio ed a domicilio, nonchè i rapporti fra il medico e l'Associazione, sono contemplate dallo apposito regolamento, che è visibile ogni giorno dalle 16 alle 18 presso la portineria del palazzo sito in Piazza Mazzini 8.

Al medico che sarà assunto quale sanitario sociale verrà corrisposto: 1) un alloggio gratuito, composto di 5 camere, cucina e bagno, il cui fitto figurativo viene ragguagliato a lire 5000 annue; 2) un assegno fisso annuo di lire 3600, pagabile a rate mensili posticipate; 3) il 50 % dei compensi pagati dai soci per le visite in ambulatorio; 4) il 75 % dei compensi pagati dai soci per le visite a domicilio.

Le domande di ammissione al concorso, in carta libera, dovranno pervenire, in piego raccomandato, alla Presidenza dell'Associazione (Piazza Mazzini 8 - Roma 149) non oltre le ore 18 del 30 novembre 1929-VIII. Esse dovranno essere corredate dai seguenti documenti rilasciati dalle rispettive autorità e debitamente legalizzati: *a*) certificato di nascita; *b*) certificato di sana e robusta costituzione fisica; *c*) certificato penale; *d*) certificato di buona condotta; *e*) diploma di laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile; *f*) certificato comprovante che il concorrente è iscritto al Sindacato dei medici della Provincia di Roma o di altra Provincia; *g*) la dichiarazione di aver preso visione del Regolamento per il servizio sanitario dell'Associazione e di accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte; *h*) tutti quegli altri documenti, titoli, pubblicazioni e simili, che possano attestare della coltura

e della preparazione teorico-pratica del concorrente, della sua eventuale specializzazione, nonchè delle sue eventuali benemerenze personali; *i*) un assegno bancario di lire 25 (venticinque) intestato al concorrente e girato al Cassiere dell'Associazione sig. Cimato cav. Paolo. Tale somma, dovuta quale tassa di concorso, per le spese del medesimo, non viene in nessun caso rimborsata.

I documenti di cui alle lettere *b*), *c*), *d*), *f*) dovranno avere data non anteriore di tre mesi a quella del presente bando di concorso.

I titoli dei concorrenti verranno esaminati dalla Commissione di cui all'articolo 3 dello Statuto della Sezione Sanitaria dell'Associazione. Detta Commissione proporrà una terna di nomi al Consiglio Direttivo dell'Associazione, il quale designerà il vincitore del concorso seguendo l'ordine di merito della terna medesima.

Il medico prescelto dovrà assumere le funzioni non oltre il 1° gennaio 1930. Trascorso tale termine verrà considerato rinunciatario, ed il posto verrà conferito, previa nuova deliberazione del Consiglio Direttivo dell'Associazione, al sanitario designato in terna immediatamente dopo il rinunciante.

Avvertenza. — Le domande non corredate di tutti i documenti come sopra richiesti e quelle corredate con documenti irregolari verranno considerate come non pervenute e senz'altro restituite agli interessati. Il Presidente. Avv. ASCIONE.

Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'avvocato Ascione, via Mercede 42 (Roma), nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 18 alle 19.

SAMATZAI (*Cagliari*). — Scad. 20 nov.; capoluogo; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 1500 cav., c.-v.; tassa L. 50.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro*). — Due condotte, di cui una di città, con la direzione dell'Ospedale, ed una di campagna; L. 8000 e 3 sessenni dec., oltre L. 1000 al medico di città per le operazioni chirurgiche e L. 3000 al medico di campagna per la cavalcat. Scad. 23 nov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 22 ott. Chied. annunzio.

S. CROCE DEL SANNIO (*Benevento*). — Scad. 15 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

SIDERNO MARINA (*Calabria*). *Casa di cura proff. Albanese e Menniti.* — Per titoli. Posto di Chirurgo, con assegno annuo di L. 12.000, oltre al 50 % degli onorari sulle prestaz. operatorie ed alloggio gratuito se senza famiglia. Richiedesi lib. doc. in Patologia o Clinica chirurgica. La Clinica possiede completo impianto Radiologico, reparto di degenza, reparti di oculistica e otorinolaringoiatria, gabinetti dentistico, di analisi cliniche, elettroterapia e di consulenza medicina interna. Scadenza 20 novembre 1929. Per altre informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

TERNI. — Due medici condotti ed un medico scolastico; scad. 15 nov., ore 18; L. 8000 e L. 6000, oltre indenn. serv. att. L. 1700 e L. 1000 e c.-v.; età lim. 39 e 35 a.; alle due condotte è annessa indenn. trasp. L. 4000 e L. 500; tassa L. 50,10.

TREVISO. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Direttore medico; L. 24.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 7000 indenn. carica, diarie, ecc.; scad. ore 17 del 15 nov.; età lim. 39 a.; buona condotta morale, civile e politica; doc. a 3 mesi dal 10 ott.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Primario della Sezione Oftalmica; scad. ore 18 del 26 nov.

VERONA. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 30 nov.; tre assistenti; L. 4000 oltre L. 1000 serv. att., percentuali, indennità guardie (è assicurato un minimo di L. 2500 per i primi 2 anni e di L. 3000 per i successivi); età lim. 35 a.; tassa L. 50,15. Rivolgersi all'Amministrazione.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Anatomo-patologo, cui sarà affidata la direzione dell'Ospedale. Primario di radiologia e terapia fisica. Per i due concorsi scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.**

CONCORSO A PREMI E BORSE DI STUDIO.

Premio Dartigues-Rosenthal.

I dottori Dartigues e Rosenthal hanno creato un premio di 4000 franchi per il 1930, da assegnare a membri dell'Umfia di qualsiasi nazionalità (America latina, Francia, Italia, Portogallo, Romania, Spagna, minoranze di lingue neo-latine, ecc.). Tema: « Interventi medico-chirurgici sulla tubercolosi. Pneumotorace artificiale doppio ». Il premio è destinato unicamente a compensare ricerche originali; è divisibile. I manoscritti, dattilografati, devono rimettersi non oltre il 1° gennaio 1930 alla sede sociale, rue de la Pompe 81, Paris.

R. Università di Roma.

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia sono aperti i concorsi per:

Undici premi della Fondazione Rolli, per studenti; scad. ore 12 dell'11 dicembre;

Due posti di studio della Fondazione Corsi per laureati nell'Università da non oltre un triennio solare, dopo avervi frequentato i corsi per due anni almeno; scad. ore 12 del 3 dicembre;

Un premio annuale della Fondazione Mazzoni, per laureati nell'Università che abbiano fatto ivi regolarmente tutti i corsi; consiste nella rendita del capitale di L. 50.000 diminuita delle tasse e delle spese d'amministrazione; scad. ore 12 del 31 luglio 1930.

Rivolgersi al Rettore.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. dott. comm. Temistocle Laurenti, degli Ospedali e della R. Clinica Chirurgica di Roma, già Libero docente di Patologia Chirurgica, ha conseguito, in questi giorni la Libera docenza in Clinica Chirurgica e Medicina operatoria.

Rallegramenti cordiali.

Alla cattedra di storia della medicina, istituita recentemente dalla Facoltà medica dell'Università di Berlino, è stato chiamato da Friburgo i. B. il prof. Paul Diepgen.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Accademia d' Italia.

Con grande fasto, il 29 ottobre venne consacrata ufficialmente l'Accademia d'Italia.

L'imponente cerimonia si è svolta al Campidoglio, presenti gli uomini di Governo, gli alti gerarchi del Partito, gli alti dignitari dello Stato, i rappresentanti di tutte le Nazioni, i maggiori esponenti delle scienze, delle lettere e delle arti in Italia. Gli accademici indossavano l'uniforme. La maggior parte degli intervenuti erano pure nelle uniformi ufficiali.

Pronunziarono elevati discorsi il Governatore di Roma, Principe Boncompagni-Ludovisi, il Presidente dell'Accademia, sen. Tittoni, il Capo del Governo, il quale, rilevato il carattere di universalità dell'Accademia d'Italia, aggiunse:

« Questa nasce dopo due avvenimenti destinati ad operare formidabilmente nella vita e nello spirito di un popolo: la guerra vittoriosa e la Rivoluzione fascista. Nasce mentre sembra esasperarsi nel macchinismo e nella sete di ricchezza il ritmo della civiltà contemporanea; nasce quasi a sfida contro lo scetticismo di coloro i quali da molti, sia pur gravi sintomi, prevedono un'eclissi dello spirito che sembra ormai rivolto soltanto a conquiste di ordine materiale.

« Questo carattere dell'Accademia d'Italia appare, sotto altri aspetti, evidente. Non è l'Accademia d'Italia una vetrina di celebrità arrivate e non più disputabili, non vuole essere e non sarà una specie di giubilazione degli uomini insigni o un riconoscimento più o meno tardivo dei loro meriti; non sarà soltanto questo. Voi vedete tra gli accademici delle quattro categorie uomini di origini, di temperamenti, di scuole diverse; uomini rappresentativi di un dato momento sono al lato di uomini rappresentativi di un momento successivo, o attuale o futuro. L'Accademia è necessariamente eclettica, perchè non può essere monocorde. Nell'Accademia passa così la vita dello spirito la quale è continua e complessa e unitaria, dalla musica alla matematica, dalla filosofia all'architettura, dall'archeologia al futurismo. Nell'Accademia è l'Italia con tutte le tradizioni del suo passato, le certezze del suo presente, le anticipazioni del suo avvenire.

« L'importanza di un'Accademia nella vita di un popolo può essere immensa, specialmente se essa convogli tutte le energie, le scopra, le disciplini, le elevi a dignità. Si può immaginare l'Accademia come il faro della gloria che addita la via e il porto ai naviganti negli oceani inquieti e seducenti dello spirito. La sorte di questi naviganti è varia; taluno naufraga alle prime tempeste, qualche altro finisce nelle secche della mediocrità e del mestiere, i più dotati e i più tenaci — il genio è anche metodo e pazienza — talvolta approdano mentre il crepuscolo già scende sulla loro vita; qualche altro è colpito dal destino alla vigilia del trionfo: v'è — infine — chi tocca la mèta nell'età giovanile e virile: ma questo fortunato immortale non può a lungo sostare! Egli ha il dovere di levare le àncore e di spiegare le vele per altri itinerarii e per nuove conquiste.

« Sono fiero di avere fondato l'Accademia d'Italia. Sono certo ch'essa sarà all'altezza del suo compito nei secoli e nei millenni della nostra storia. Sono lieto di inaugurare ufficialmente l'Accademia d'Italia, nel simbolo del Littorio e nel nome Augusto del Re ».

Le opere del Regime a Roma.

Nell'annuale della Marcia su Roma, il Duce ha inaugurato il grandioso Ospedale del Littorio, che è il più perfetto nosocomio d'Italia e uno dei migliori del mondo per grandiosità, organizzazione, efficienza dei servizi. Ne abbiamo già dato un'ampia notizia.

La realizzazione di questa vera città ospedaliera costituisce una delle più superbe opere del Fascismo e pone Roma all'avanguardia di tutte le metropoli d'Europa.

Per volontà del Duce, i lavori si sono espletati, con ritmo accelerato, in soli 25 mesi; hanno importato la spesa di 42 milioni di lire.

All'austera cerimonia inaugurale il Duce era accompagnato dal sottosegretario alla Presidenza on. Giunta, dal ministro on. Mosconi, dal segretario del Partito on. Turati, dal Governatore di Roma principe Boncompagni-Ludovisi, da molte altre autorità e da numerosi sanitarî.

Si procedette alla visita minuziosa dei reparti e dei servizi. Il Duce ha espresso il suo vivo compiacimento al prefetto Cotta, che è stato un mirabile e intelligente promotore e organizzatore, all'ingegnere progettista Caniggia e all'ing. Palombi, per l'opera compiuta.

Con cerimonia semplicissima venne inaugurato l'Istituto Patologico di nuova costruzione annesso all'Ospedale di S. Spirito; esso sorge ove erano le corsie distrutte da un incendio quattro anni or sono.

Il presidente degli Ospedali Riuniti, comm. Cotta, ha scoperto una lapide in marmo, murata nell'atrio dell'Istituto, ed ha parlato brevemente, dicendo che con questa nuova opera, moderna e perfetta, l'Ospedale di S. Spirito riprende le antiche e gloriose tradizioni; ha ringraziato i suoi collaboratori; ha inneggiato al Duce, al Re ed ha elogiato l'opera della classe sanitaria romana.

Venne impartita la benedizione alla lapide ed ai nuovi locali.

Il vice-governatore di Roma, conte d'Ancora, ha inaugurato un nuovo edifizio costruito per l'ampliamento dell'Ufficio d'igiene. Esso, oltre a rendere più decorosa e più ampia la sede di un Ufficio al quale sono devoluti servizi numerosi e importanti, consentirà l'esplicazione di nuove attività nel campo della propaganda igienica e dell'igiene sociale. L'edificio comprende una grande aula al primo piano, della capacità di circa 500 persone: essa sarà adibita a conferenze e proiezioni, prevalentemente agli alunni delle Scuole; nel vestibolo adiacente verrà ripristinato il Museo igienico didattico, che già si era dimostrato molto utile per l'opera di propaganda igienica; il pubblico che accederà nei locali per assistere alle conferenze potrà liberamente visitare il Museo, che sarà anche accessibile nelle altre ore, mentre tutto il materiale riuscirà di gran vantaggio ai conferenzieri. In un altro grande salone, all'ultimo piano, verrà sistemata la biblioteca. Aule e materiale saranno messi a disposizione di Enti, come pure di individui che ne facessero richiesta per conferenze, corsi ed altre iniziative di propaganda.

Adiacenti ai grandi saloni si trovano ambienti che saranno destinati a stanze di uffici e a servizi vari. Si è anche provveduto a sistemare e rimodernare il vecchio fabbricato in angolo sulla via Galilei.

Tutti i servizi potranno ora esplicare più completamente le attività loro affidate.

Il Sanatorio Vittorio Emanuele III sull'Aspromonte.

Il 28 ottobre, alla presenza del Duca di Bergamo e del Sottosegretario di Stato alla Guerra on. Manaresi, in rappresentanza del Governo, venne inaugurato il Sanatorio antitubercolare Vittorio Emanuele III, costruito sull'Aspromonte (Reggio Calabria).

È l'unica importante unità sanatoriale, che attualmente esista in tutto il Mezzogiorno continentale d'Italia.

È stato eretto dall' « Opera Nazionale degli Invalidi di Guerra » con gli aiuti del Governo, ed è destinato ad accogliere, oltre agli assistiti dall'Opera stessa, anche ammalati di sesso maschile e di età superiore ai diciotto anni, inviati da Enti di tutte le regioni d'Italia e paganti in proprio.

Situato sulle ultime pendici dell'Appennino su l'altipiano denominato Zarrò, a 1200 metri sul mare, si sviluppa in una tenuta di proprietà dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra, di circa 214 ettari, ricca di boschi secolari di faggi e vivai di pini.

Il sanatario, che può accogliere circa 200 ammalati, comprende diversi padiglioni, attrezzati coi più moderni sistemi. Completano questa grande istituzione i servizi minori di riscaldamento, di luce elettrica, di bagni, di lavanderie, ecc. L'opera grandiosa, è venuta a costare circa 20 milioni.

La cerimonia inaugurale si è iniziata con la benedizione da parte dell'arcivescovo Puija. Ha pronunciato quindi un elevato discorso il senatore Lustig, dopo di che l'on. Manaresi ha dichiarato inaugurato il Sanatorio in nome del Governo. È seguita la visita dei vari locali della grandiosa opera.

Il Preventorio di Cannobio.

Il Preside della Provincia di Milano gr. uff. Sileno Fabbri, accompagnato da altre autorità si recava il 28 ottobre a visitare il grandioso edificio che la Provincia ha eretto nelle immediate vicinanze di Cannobio.

Questo edificio, incominciato a costruire nel 1920, avrebbe dovuto servire quale sanatorio provinciale. Ma poi, a ragion veduta, non fu più ritenuto rispondente allo scopo.

L'attuale amministrazione provinciale, d'accordo col Consorzio antitubercolare e con la Federazione provinciale maternità e infanzia, provvedeva a trasformare e ad adattare l'ambiente, poichè per la sua posizione si presta mirabilmente a Preventorio infantile.

La visita effettuata alla nuova opera ha confermato la bontà del provvedimento, lasciando nei visitatori la migliore impressione.

Ospedale per tubercolotici di Macerata.

Il 28 ottobre venne inaugurato a Macerata un nuovo padiglione dell'ospedale-sanatorio di Villa Monte Albano, che sorge a poca distanza dal centro abitato, su di un colle aprico ed ameno. Il bilancio dell'Istituto è stato ora notevolmente accresciuto dal Consorzio Antitubercolare e il numero dei letti è stato portato da 65 a 80.

Dispensari di Igiene mentale nella provincia di Milano.

In un piano di riforma dell'assistenza psichiatrica in provincia di Milano, tracciato dal preside avv. gr. uff. Sileno Fabbri, vi era l'istituzione di dispensari d'igiene mentale, per arginare il progressivo aumento delle ammissioni e delle recidive, per provvedere alla profilassi ed alla cura tempestiva e precoce dei casi di malattia e per esercitare attiva propaganda di igiene mentale.

Il programma è stato subito attuato e mercè l'interessamento del vice-preside comm. Mataloni, si sono organizzati tre dispensari, con sede in Milano (Casello Sempione), Lodi e Vimercate.

I dispensari faranno consultazioni gratuite intorno ai disturbi e malattie nervose e mentali, assisteranno moralmente e materialmente i dimessi dall'Ospedale psichiatrico, procurando di avviarli al ritorno nella vita sociale normale.

Essi sono posti sotto la direzione generale del prof. Antonini e le visite saranno eseguite da medici primari dell'Ospedale psichiatrico provinciale. Inoltre i dispensari, a mezzo di visitatrici sanitarie, esplicheranno opera di assistenza per i soggetti che avessero bisogno di qualche vigilanza e per il controllo della somministrazione dei medicinali a domicilio e dei sussidi pecuniari o in natura da erogarsi dall'Amministrazione provinciale.

Abbiamo già dato notizia di simili dispensari istituiti nelle provincie di Roma e di Venezia.

2° Congresso di medicina e igiene coloniale.

Con grande solennità, il 29 ottobre, venne inaugurato al Campidoglio il 2° Congresso della Società italiana di medicina e igiene coloniale. Alla cerimonia intervennero la Duchessa d'Aosta, i Ministri De Bono e Gazzera, altre autorità e spiccate personalità; erano rappresentate l'Inghilterra dal prof. Leiper, la Germania dal prof. Claus Schilling, il Belgio dal prof. Dubois.

Il Governatore di Roma Principe Boncompagni dette il benvenuto ai congressisti. Il prof. sen. Castellani ricordò che la Società è sorta lo scorso anno a Torino, sotto il Patronato di un grande Principe di Casa Savoia, il Duca degli Abruzzi, esploratore scientifico e valoroso delle zone tropicali ed artiche e con l'incoraggiamento del Duce e salvatore della nostra Patria Benito Mussolini.

Alla prima riunione si ebbe l'onore altissimo della presenza di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, oggi Presidente d'onore del Congresso, la Augusta Signora che ha dato sempre il suo forte intelletto, la sua meravigliosa energia, il suo cuore pietoso per lenire e prevenire la sofferenza umana.

È lieto di constatare che il Congresso si riunisce oggi nella Città Eterna, nei giorni anniversari della più grande e fatidica pagina della storia contemporanea: la Marcia su Roma, e rivolse un alato saluto al Duce ed alle autorità presenti ed un devoto pensiero alla Maestà del Re, simbolo

primo della unità indistruttibile e della grandezza d'Italia.

A nome della Società di Medicina Coloniale il prof. Rho, tenente generale medico della Riserva navale, dopo aver pòrto omaggi e ringraziamenti all'uditorio, ricorda come Roma concepì e attuò quell'idea imperiale e quindi coloniale che, andata sommersa in epoche di decadenza politica, risorge ora per l'opera lungimirante del Duce.

Il sen. prof. Gabbi in un forbito discorso rileva l'importanza del Congresso, il quale sta a dimostrare come solo per la dottrina fascista, poteva essere preparata la rinascita della Società di Medicina Coloniale. Ricordato l'impulso dato dal Governo fascista agli studi della patologia coloniale, ha messo in rilievo come facciano parte della Società membri della Dinastia Reale, quali il Duca degli Abruzzi, la Duchessa d'Aosta e il Duca delle Puglie. Ha concluso inviando l'espressione della più profonda riconoscenza dei congressisti a tutti questi Principi di Casa Savoia per l'alto interesse dimostrato per il Congresso ed inneggiando al Capo del Governo.

Il prof. Leiper parla a nome degli stranieri, lieti di trovarsi nella Roma immortale maestra di civiltà al mondo.

Il Ministro delle Colonie on. De Bono, rileva che il Congresso costituisce un'affermazione per l'Italia, nazione colonizzatrice, e rivendica ai medici tropicali la nobile opera altruistica e piena di sacrifici spesa in zone pericolose.

Sui lavori riferiremo prossimamente.

2° Congresso internazionale di Malariologia.

Abbiamo già annunziato dal 19 al 21 maggio 1930 è indetto in Algeri un Congresso Internazionale sulla Malaria.

I lavori saranno ripartiti in sei sezioni: I. Parassitologia; II. Entomologia; III. Epidemiologia; IV. Patologia e clinica; V. Terapia; VI. Profilassi. Sono previste escursioni nella Matisia, a Costantina ed al villaggio di Laveran.

Del Comitato permanente del Congresso fanno parte per l'Italia i professori: Marchiafava, Ascoli e Bastianelli.

Il Comitato italiano ha stabilito d'accordo col Comitato di Algeri che le adesioni e le comunicazioni vengano indirizzate, non più tardi del 15 dicembre corrente anno, presso la Segreteria della Scuola Superiore di Malariologia (R. Clinica Medica - Policlinico - Roma), diretta dal prof. V. Ascoli.

Il testo delle comunicazioni deve essere corredato da un breve sunto; le lingue ufficiali saranno: l'italiana, la francese, l'inglese, la spagnuola e la tedesca.

La quota di iscrizione per i membri aderenti è di L. 100 e dà diritto a riduzioni del 50 % sulle ferrovie italiane e francesi e del 20 % sui piroscafi.

Agli aderenti saranno a suo tempo rimessi i documenti necessari e fornite le opportune indicazioni.

2° Congresso internazionale di Pediatria.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Stoccolma dal 17 al 20 agosto 1930.

I lavori saranno suddivisi, in caso di bisogno, in un appropriato numero di sezioni.

Le comunicazioni devono essere annunciate non oltre il 1° marzo 1930.

È desiderabile che le adesioni siano inviate al più presto al Comitato del Congresso, perchè possano essere conosciuti i partecipanti e il loro numero per provvedere in tempo utile all'alloggio. Questa raccomandazione è tanto più utile in quanto nell'estate 1930 avrà luogo a Stoccolma una esposizione di arti decorative.

La tassa è fissata in 20 corone svedesi (circa 100 lire italiane).

Si prega di inviare le adesioni e tutta la corrispondenza relativa al Congresso a: « Secondo Congresso Internazionale di Pediatria - Stoccolma - Svezia ».

Contemporaneamente alle adesioni pregasi di inviare o per vaglia o per chèque l'ammontare della tassazione.

Per evitare errori è indispensabile che i nomi e gli indirizzi siano scritti a stampa o dattilografati.

Segretario del Comitato Italiano è il prof. Cesare Cattaneo, Via Commenda 9, Milano.

Società italiana di Medicina del lavoro.

L'VIII Congresso di medicina del lavoro tenutosi a Napoli dal 10 al 13 ottobre corrente, ha stabilito la fondazione della Società Italiana di Medicina del Lavoro designandone per acclamazione a Presidente il prof. Luigi Devoto e a vice presidenti il prof. Luigi Ferrannini e il prof. on. Nicolò Castellino dando ad essi il mandato di costituire il Consiglio direttivo della Società e di dettarne le norme statutarie.

Il primo Consiglio risulta così costituito: presidente prof. L. Devoto; vice presidenti prof. L. Ferrannini e on. prof. N. Castellino; consiglieri prof. Ranelletti, prof. Quarelli, prof. Peri, prof. Aiello, prof. Pellegrini, prof. Foà, prof. Preti, dott. Cacurri, oltre i due membri che saranno designati dalla Sezione culturale del Sindacato Medico Fascista.

Lo Statuto stabilisce che la Società ha lo scopo di dare incremento agli studi di patologia del lavoro e di coordinarli, particolarmente in rapporto alla prevenzione ed alla tutela morale e igienica dei lavoratori, di favorire lo sviluppo dell'insegnamento e la divulgazione di tale disciplina, in armonia ai principii della Carta del Lavoro.

La Società può costituire delle sezioni.

Il Consiglio direttivo in accordo colla Presidenza della Commissione internazionale permanente per la medicina del Lavoro stabilisce i temi e la sede del Congresso dopo avere consultata l'assemblea.

La quota d'iscrizione annuale è di lire 50 ed il socio ha diritto a partecipare al Congresso annuale, a riceverne gli atti, ed all'abbonamento alla rivista mensile « La Medicina del Lavoro », organo ufficiale della Società. Per gli enti la quota annuale è di lire italiane 1000.

La Società ha sede ufficiale in Roma; la sede amministrativa è presso il Presidente in carica.

Per la Società internazionale di Chirurgia.

Il Comitato centrale della Società Internazionale di Chirurgia nella sua ultima riunione durante il recente Congresso di Varsavia ha aumentato il numero di posti assegnati all'Italia.

Il Comitato Italiano invita pertanto quei chirurghi che desiderassero entrare a farne parte, a rivolgersi ad uno dei tre Commissari: proff. R. Alessandri (Roma), M. Donati (Torino), B. Rossi (Milano), unendo, se non conosciuti da loro personalmente, un cenno sulla carriera e sull'attività scientifica e pratica.

Un raduno di medici sportivi a Bologna.

Il 28 ottobre, al Littoriale di Bologna, in occasione della inaugurazione del monumento equestre al Duce, sotto gli auspici di S. E. Leandro Arpinati e per iniziativa della rivista « Lo Sport Fascista », ebbe luogo un raduno di studiosi di medicina sportiva.

È la formazione iniziale di una corrente di studiosi e di dirigenti tecnici perfettamente consci dell'importanza assunta dalla scienza nei riflessi dell'educazione fisica. A tale intento si sta appunto istituendo al Littorio un gabinetto di medicina sportiva e l'esempio sarà seguito in tutti gli stadi d'Italia.

È lo sport che si evolve ed esce dall'empirismo che l'ha finora affiancato; spetterà così in avvenire al medico, con la sua guida preziosa ed illuminata, di elevare il potenziamento fisico medio a beneficio dei singoli, ma con evidente vantaggio della collettività.

L'opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Nel 1928 sono stati spesi 79.990.000 di lire così ripartite: per la maternità: 13.302.304 lire in sussidi, 643.035 per ricovero di madri, 6.294.660 in sovvenzioni; e per l'infanzia 2.998.359 in sussidi, 22.324.252 per ricoveri ordinari, 9 milioni per ricoveri in istituti di cura e profilassi antitubercolare, 11 milioni e mezzo per gli illegittimi, 7 milioni per sovvenzioni e 704.657 per le cattedre ambulanti di agricoltura.

A queste somme vanno aggiunte le spese generali, quelle per i corsi di puericultura, quelle per le gestanti provenienti dall'estero, ecc.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha, durante il 1928, contribuito direttamente alla profilassi antitubercolare ricoverando i fanciulli predisposti e quelli affetti da tubercolosi latente in istituti profilattici permanenti, tanto al mare che al monte. Nel 1928 circa 6000 fanciulli trovarono asilo con una media di degenza di sei mesi. Nel 1929, dal 1° gennaio al 31 agosto, ben altri 6.327 si sono ricoverati in tali istituti con una spesa complessiva di oltre 12 milioni distribuiti fra le varie Federazioni provinciali dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia ha finanziato e coordinato le vaccinazioni antitubercolari, dandone incarico preciso a 12 R. Cliniche, che, con rigore di tecnica e con obbiettività la più assoluta, compiono importantissime osservazioni.

Durante gli anni scolastici 1927-28 e 1928-29 furono tenute in 12 cliniche pediatriche ed a Trieste, dei corsi di perfezionamento d'igiene e di assistenza alla infanzia frequentati da medici e da levatrici. Nell'anno scolastico 1927-28 furono 420 i medici iscritti e 322 le levatrici, con un totale di 742 allievi; nell'anno 1928-29 furono 557 i medici iscritti e 232 le levatrici con un totale di 789.

Fra le attività imposte dalla legge all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, vi è anche quella dell'istituzione di cattedre ambulanti di puericultura prenatale e post-natale. Nel 1929 l'istituzione delle cattedre si intensifica. Con la fine dell'anno funzioneranno 45 cattedre con 429 consultorii.

Per il laboratorio di Pavlow.

In occasione dell'80° compleanno di Ivan Pavlow, avvenuto il 27 settembre u. s., il Governo dei Sovieti ha assegnato la somma di 100.000 rubli al laboratorio diretto dal sommo fisiologo in Pietroburgo. L'assegnazione è tanto più notevole, in quanto che nel campo politico Pavlow si proclama sfavorevole all'attuale regime.

Premi a Sanitari.

I sanitari ed impiegati del Pio Istituto di S. Spirito in Roma si sono riuniti numerosissimi intorno al loro presidente gr. uff. dottor Adolfo Cotta, per la distribuzione dei premi assegnati ai vincitori del concorso annuale bandito dall'Amministrazione tra i sanitari ospitalieri per lavori di cultura scientifica e di assistenza.

Con squisito pensiero le gentili signore donna Mary Cotta e contessa Maria Corelli Gherardini vollero distribuire personalmente i premi ai sanitari vincitori.

Furono premiati per il concorso tra gli aiuti medici i signori: dott. Raimondo Doria con lire 500 e medaglia argento — dott. Tommaso Lucherini con L. 500 e medaglia id. — dott. Ludovico Paterni con L. 500 e med. id. — dott. Umberto Speranza con med. argento; per quello per aiuti chirurghi i signori: dott. Giorgio Petta con lire 750 e med. argento — dott. Andrea Violato con L. 750 e med. id. — dott. Carlo Colucci, con med. argento — dott. Girolamo Matronola con medaglia id.; per la specialità radiologica i signori: dott. prof. Sordello Attilj con L. 500 e med. argento — dott. Mario Santoro con medaglia id.; e tra gli assistenti medici chirurghi i signori: dott. Giuseppe Barbera con L. 333 e med. id. — dott. Antonio Bonadies con L. 333 e med. id. — dott. Renato Lusena con L. 333 e med. id. — dott. Gioacchino Chiucini con medaglia argento.

Infiniti applausi accolsero il discorso pronunciato dal gr. uff. Cotta, applausi che dimostrano tutto il compiacimento della classe sanitaria per la felice idea del presidente del Pio Istituto, che ha voluto in tal modo dimostrare il suo continuo interessamento per l'elevazione culturale e scientifica dei sanitari ospitalieri.

I premi hanno valore, più che per la modesta entità, per il significato.

Intervennero alla cerimonia i più eminenti rappresentanti della famiglia sanitaria romana.

Donazioni e legati.

Il conte di Cartagene, morto recentemente in Svizzera, ha lasciato alla Reale Accademia di Medicina di Madrid la somma di 1.200.000 pesetas, pari a 325.000 dire it.; oltre il 10 % del rimanente dei suoi beni, quando ne sarà fatta la liquidazione.

La Cassa di Risparmio di Torino, in occasione del fidanzamento del Principe Ereditario, ha elargito L. 225.000, di cui L. 10.000 all'Opera Infantile Regina Elena.

Onoranze alla signora Curie.

All'Accademia delle Scienze di Washington si è tenuta, il 31 ottobre, una cerimonia in onore della signora Curie. Il presidente degli Stati Uniti Hoover le consegnò un dono di 50 mila dollari, pari a circa un milione di lire it., racchiuso in un forziere d'argento; esso è destinato all'acquisto di un grammo di radio per la cura del cancro.

Una diagnosi per radiotelegrafia.

I quotidiani recano che da Berlino sono state trasmesse a Buenos Aires, per radiotelegrafia, le immagini del fondo oculare di un paziente, il quale desiderava consultare il proprio medico curante di Buenos Aires sull'indicazione di un intervento.

La trasmissione è avvenuta da Nauen su di una linea sperimentale istituita dalla Società « Telefunken ». Tempo richiesto: 8 minuti, per una distanza di dodici mila chilometri. L'immagine fu abbastanza nitida per consentire di fare con sicurezza la diagnosi; i risultati vennero subito comunicati per transradio a Berlino.

Processo giudiziario per inquinamento d'acqua potabile.

La sezione d'accusa del Tribunale di Firenze ha rinviato al giudizio del Tribunale di Pistoia il cav. Torello Cappellini, proprietario dell'albergo « Appennino » di Pracchia, per avere in detto paese, nei mesi di agosto e settembre 1927, corrompendo l'acqua potabile della sorgente « La Fredda » con l'immissione di acqua inquinata, messo in pericolo la salute pubblica dando origine ad epidemia di tifo che cagionò la morte di ben 16 persone e la malattia durata oltre 20 giorni a 90 altre persone. L'albergatore deve pure rispondere di omicidio e lesioni colpose nonchè di frode in commercio, per avere venduto detta acqua inquinata al comune di Pistoia e ad altri comuni della Toscana.

In memoria di Ricaldoni.

Abbiamo già dato un cenno necrologico del prof. Américo Ricaldoni, il quale ha illustrato la Scuola Medica di Montevideo, ove coprì successivamente le cattedre di terapia, patologia interna, clinica medica, neurologia; ne fu anche a lungo il decano.

Ad onorarne la memoria, gli « Anales de la Facultad de Medicina » di Montevideo pubblicano ora un denso numero speciale di 300 pagine, che ne dà la biografia, ne espone l'attività scientifica e didattica, riporta la cronaca della morte, delle esequie e delle onoranze, contiene varie illustrazioni.

Morte di una donna benefica.

Si è spenta a Milano donna Bettina Della Valle dei marchesi di Casanova, che durante la guerra accolse nel suo « Villino ameno » i soldati feriti; fu accanto alla duchessa d'Aosta in tutte le opere di assistenza organizzate nell'Italia redenta; si è prodigata in molte altre guise in opere benefiche.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXVI — Roma, 18 Novembre 1929 — Num. 46

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

ABBONAMENTI ANNUI PER IL 1930:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 65	L. 105	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile)	L. 45	L. 55	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 45	L. 55	(4) Alle tre sezioni (pratica medica e chirurgica)	L. 120	L. 180

Per il 1930.

Tutti gli associati che invieranno subito l'intero importo del proprio abbonamento pel 1930, potranno, coll'aggiunta di sole . . . . Lire 20

ricevere PRONTAMENTE UNO dei due volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*):

a) **DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE.** (Prof. C. BASILE). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI . . . . prezzo di copertina L. 33.—
b) **LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA.** *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del Prof. S. DE SANCTIS. » » » 35.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 10

ricevere, a loro scelta, UNO dei sette volumi indicati qui sotto alle lettere *c*), *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*):

c) **L'INSUFFICIENZA DEL CUORE** *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del Prof. L. SICILIANO . . . . prezzo di copertina L. 22.—
d) **CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del Prof. S. BAGLIONI . . . . » » » 20.—
e) **MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. ROSSI). Prefazione del Prof. LUIGI LUCATELLO . . . . » » » 15.—
f) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. SACCONAGHI) . . . . » » » 20.—
g) **LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche.** (Prof. E. TRENTI). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI. » » » 20.—
h) **RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del Prof. F. GHILARDUCCI . . . . » » » 18.—
i) **I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. ROMAGNA MANOIA). Prefazione del Prof. G. MINGAZZINI . . . . » » » 18.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO dei nove volumi indicati qui sotto alle lettere *j*), *k*), *l*), *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*):

j) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. VITTORIO GHIRON) . . . . prezzo di copertina L. 14.—
k) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . . . » » » 12.—
l) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefazione del Prof. CESARE BIONDI . . . . » » » 12.—
m) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. STANGANELLI) . . . . » » » 12.—
n) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. CAPOGROSSI) . . . . » » » 10.—
o) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. A. SCLAVO . . . . » » » 12.—
p) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. Sen. G. SANARELLI . . . . » » » 10.—
q) **TUBERCOLOSI E SANATORI. Trattamento igienico-dietetico.** (Prof. G. MENDES). Prefazione del Prof. Sen. A. LUSTIG . . . . » » » 10.—
r) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO: *doctor Justitia*) . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *s*), *t*), *u*), *v*):

s) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. CIGNOZZI) . . . . prezzo di copertina L. 12.50
t) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . » » » 10.—
u) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. LORENZINI). Prefazione di CHARLES RICHOT . . . . » » » 10.—
v) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI) . . . . » » » 8.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . . Lire 3

ricevere: UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *x*), *y*):

x) **LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ.** (Prof. L. MORINI) . . . . prezzo di copertina L. 5.50
y) **L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE.** *Lezioni.* (Prof. E. ALFIERI) . . . . » » » 8.—

N.B. ☞ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 o di Lire 3 ciascuna.*

N. B. - Indirizzare i Vaglia Postali o gli assegni Bancari (questi debbono essere riscuotibili in Roma) all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA

Per gli abbonamenti alle nostre Riviste di branche speciali cumulativi con il "POLICLINICO", vedere alla pagina seguente.

Abbonamenti cumulativi con il "Policlinico,,"

Riviste speciali concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1930.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 36 per l'Italia anzichè **L. 40** o **L. 50** per l'Estero anzichè **L. 60**

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1930 di **una** delle seguenti Riviste di specialità.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 48-52 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze; *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6,00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1930 a "Cuore e Circolazione,, si concedono le intere annate 1924, 1925 (questa senza il Fascicolo 5 esaurito), 1926, 1927, 1928 e 1929 per sole L.* 150 *se in Italia, e per sole L.* 200 *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di oltre 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

N. B. — *I nuovi abbonati del 1930 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1º fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926, 1927 e 1928 per sole L.* 125 *se in Italia, e per sole L.* 170 *se all'Estero, in porto franco.*

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Questa rivista, che entra nel sesto anno di vita, **si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.**

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40 — Estero L. 60 — Un numero separato L. 6.00
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 36 — Estero L. 50

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1930 si concedono le intere annate: 1925, 1926, 1927 (meno il n. 3 esaurito), 1928 (questa senza il n. 2 esaurito) e 1929 per sole L.* 125 *se in Italia, e per sole L.* 170 *se all'Estero, in porto franco.*

Inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'Editore LUIGI POZZI — *Via Sistina, 14 -* ROMA.

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXVI Roma, 18 Novembre 1929 Num. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I IN TORINO.

SEZIONE MEDICA diretta dal prof. E. GRÜNER.

Sull'azione del secreto ipofisario sull' intestino

per il dott. UGO RONDELLI.

L'estratto della parte posteriore dell'ipofisi è da lunghi anni entrato nell'uso clinico, per la sua azione di stimolo specifico della contrazione dei muscoli lisci.

Difficile riesce di catalogare l'azione ipofisaria posteriore (neuroipofisaria), quale risulta dagli effetti ottenuti somministrandone gli estratti, secondo i comuni schemi neurovegetativi. Non è possibile distinguerla in simpatica e parasimpatica, in quanto per i diversi effetti contrastanti viene a mancare il confronto obbligatorio con la stimolazione elettrica o chimica dei vari nervi vegetativi. D'altra parte per alcune di queste stimolazioni dell'ormone ipofisario si nega un intermedio nervoso. Le azioni più caratteristiche dell'ormone (estratto) ipofisario sono le seguenti:

Azione ossitocica: l'estratto ipofisario fa contrarre l'utero sia in vivo che isolato, sia l'utero vergine che gravidico. Da questo effetto ormai ben stabilito è derivato il metodo più in uso per misurare biologicamente l'attività dei vari estratti, dosandoli in unità corrispondenti a quantità note di sostanze ad azione sicura sulla contrazione uterina (istamina, cloruro di potassio, unità Voegtlin). A questa azione ossitocica corrisponde nella pratica l'uso sempre più frequente dei preparati ipofisari per accelerare lo svuotamento dell'utero durante il parto, per favorire la contrazione uterina *post partum* e per estensione per arrestare le metrorragie di varia origine.

Azione sulla diuresi: l'iniezione di ipofisina provoca in un primo tempo un aumento della diuresi. Se tuttavia il soggetto è poliurico, la diuresi viene limitata. Il meccanismo di queste azioni contrastanti è ancora ignoto. Nella pratica clinica si sono ottenuti uguali risultati nel diabete insipido, nel quale l'estratto ipofisario ha una evidente azione limitatrice della diuresi. Questo favorevole esito si deve collegare con l'interpretazione più accettata del diabete insipido come insufficienza ipofisaria: esso sarebbe cioè dovuto a una lesione funzionale non ben specificata della neuroipofisi. Si suppone anzi che l'ipofisina agisca direttamente sui centri superiori del mesencefalo, regolatori della diuresi, aumentandone il tono.

Azione pressoria: l'iniezione di ipofisina provoca un rapido e cospicuo aumento della pressione arteriosa: dovuto a una contrazione generale delle piccole arterie e dei capillari. È però da notare come diversamente dall'ipertensione adrenalinica, quella ipofisaria non sia accompagnata da un aumento della frequenza del polso. Anzi si può accennare, quale interpretazione, all'ipotesi di Krogh, che considera la ipofisina come quella sostanza che fisiologicamente mantiene il tono dei capillari. L'azione pressoria ipofisinica non avverrebbe quindi per l'intermediario del sistema nervoso simpatico (vasocostrittori) ma per azione diretta sui vasi. D'altro lato, mancano tutte le azioni accessorie dell'eccitamento simpatico (midriasi, esoftalmo, angoscia, tachicardia). Corrisponde a questa azione l'uso clinico dei preparati ipofisari nello shock sia chirurgico che medico, e negli stati ipotensivi delle malattie infettive (polmonite), in cui offre il grande vantaggio sull'adrenalina di avere un'azione più lenta e di non accelerare il polso. Empiricamente si utilizza l'azione costrittiva sulle arterie per frenare le emorragie enteriche e polmonari.

Azioni di minore importanza, meno sicuramente controllate, sono quelle sui bronchi (contrazione dei piccoli bronchi), sulla cistifellea (contrazione della vescichetta o dilatazione dello sfintere di Oddi), sulla vescica urinaria (contrazione dei defrusori in stato di paresi).

Sull'intestino l'azione degli estratti ipofisari è incerta. Secondo alcuni autori (MacDonald) non si constata azione alcuna sull'intestino isolato. Secondo altri (Owel) l'azione varia nel senso di provocare contrazione o rilasciamento a seconda dello stato funzionale iniziale dell'organo; contrazione dell'intestino rilasciato, rilasciamento dell'intestino contratto. L'uso clinico dell'ipofisina in questo senso è già stato preconizzato nella paralisi intestinale postoperatoria, e nelle infezioni gravi: tuttavia Müller nega che essa abbia qualche valore pratico nel meteorismo dell'ileo paralitico e della polmonite.

A ben appurare l'azione dell'estratto ipofisario sull'intestino, secondo il consiglio del prof. G. Grüner, ho seguìto l'azione di alcuni preparati ipofisari sullo svuotamento intestinale di numerosi ammalati ricoverati nella sezione medica dell'Ospedale Mauriziano di Torino, scegliendo specialmente quelli affetti da stipsi primaria o secondaria. Inoltre ho eseguito dei controlli radiologici.

*
* *

Abbiamo usato sia l'ipofisina Höchst nelle dosi di tre unità Voegtlin (a volte di 5 U), che l'estratto postipofisario Chouay, nella dose pari a 1/2 ipofisi. Si sono sempre somministrati questi estratti per via sottocutanea.

L'azione sulla peristalsi intestinale è stata costante 20-30 minuti dopo l'iniezione. Il paziente risentiva stimolo a defecare, qualche volta dolori addominali, seguiva emissione di aria, a volte di feci.

Distinguiamo gli ammalati in due gruppi:

Primo gruppo: all'iniezione di ipofisina segue soltanto stimolo alla defecazione ed emissione di aria. Sono 9 casi. In uno di essi si trattava di un tumore del midollo spinale con ritenzione fecale continuata, nel quale era obbligatorio l'uso di clistere. Negli altri casi si trattava di stitici abituali che avevano defecazione volontaria ogni tre-quattro giorni; ammalati con feci compatte, di piccolo volume, di tipo caprino, affetti probabilmente da stipsi spastica. Inoltre ho pure avuta semplice emissione di aria senza dolori, senza tenesmo in un ammalato, il cui intestino era sicuramente vuoto in seguito al precedente uso di un purgante salino: questo caso comprova come la azione dell'estratto ipofisario sull'intestino non sia lesivo per la mucosa, al contrario dei comuni purganti la cui somministrazione ripetuta è sempre seguìta da emissione di siero mucoso di origine flogistica.

Secondo gruppo, con emissione regolare di feci dopo l'iniezione dell'estratto ipofisario. Sono 13 casi: quasi tutti ammalati affetti da stipsi susseguente all'alimentazione lattea continuata, al riposo a letto, stipsi secondaria dunque, dovuta alla mancanza o alla riduzione di quegli stimoli che di solito regolano i movimenti intestinali. Fra questi un caso mi appare degno di nota: una ragazza affetta da peritonite tubercolare essudativa, con notevole meteorismo, addome teso dolente, ritenzione fecale da più giorni. L'iniezione di ipofisina (3 U) non solo fece diminuire la tensione addominale con vivo sollievo della paziente, ma determinò pure una defecazione normale. Questo effetto si ripetè anche il giorno successivo a una nuova iniezione.

In complesso si può affermare che l'ipofisina ha una sicura azione sull'intestino crasso, di cui determina la contrazione e lo svuotamento: l'azione tuttavia varia a seconda delle condizioni di riempimento dell'intestino stesso e del suo tono.

Più dimostrativo ancora è stato il controllo radiologico di numerosi casi, praticato quando il pasto opaco era accumulato quasi completamente nel colon (vedi figure 1, 2, 4, 5, 6). Lo spostamento della pappa bismutica fu diverso a seconda delle condizioni di tono del colon stesso, minima nei casi di spasmo (fig. 1-2) con evidente haustralizzazione. La azione si è svolta principalmente a carico del colon; in un caso in cui permaneva parte della pappa nello stomaco (fig. 3), non è stato notato nessun movimento gastrico. Invece in alcuni casi (fig. 1-4) risultò molto evidente una onda peristaltica nel colon trasverso; l'effetto massimo è raggiunto dopo circa 30 minuti (fig. 5-6).

* * *

Quale possa essere il meccanismo d'azione dell'estratto ipofisario sull'intestino non è certo dato di chiarire con semplici ricerche cliniche. Sia dai controlli radiologici, che dal dato clinico stesso (tempo d'azione), si può stabilire tuttavia che esso agisce prevalentemente sul colon. Inoltre, considerando la rapida propulsione della pappa opaca, il subito effetto di defecazione, è la peristalsi che viene eccitata piuttosto che il tono intestinale.

Siamo qui nel campo d'azione del parasimpatico, del parasimpatico sacrale. Ma l'innervazione del colon è oltremodo complessa, formata da fibre del vago per l'intermediario del plesso mesenterico inferiore, da fibre sacrali, da fibre simpatiche. Nè è del tutto chiarito come agiscano questi nervi, se esista un vero antagonismo funzionale tra le due sezioni del vago, e quale importanza abbiano le fibre nervose autonome sottomucose.

L'azione intestinale dell'estratto ipofisario potrebbe essere paragonato all'azione della pilocarpina e della fisostigmina endovena, farmaci di natura specifica vagostenica. Ma è da notare come siano invece assenti tutti gli effetti secondari da eccitamento del vago: non scialorrea, non nausea, non miosi, non ipotensione. Si tratterebbe perciò di una stimolazione limitata strettamente al colon. Conviene ricordare come il colon partecipi per il suo meccanismo innervatorio alla natura dell'utero; l'azione ipofisaria sul colon potrebbe essere dello stesso tipo dell'azione ipofisaria sull'utero, direttamente muscolare, senza l'intermediario nervoso.

Peraltro ricordiamo come l'istamina in confronto alla quale, viene dosata l'azione ossitocica dell'ipofisina, manifesta scarsa o nulla azione sull'intestino. Così pure altri farmaci specificamente uterini, come i derivati ergoti-

Fig. 1. — Prima dell'iniezione e 15' dopo.

Fig. 2. — Prima dell'iniezione e 15' dopo.

Fig. 3. — Prima dell'iniezione e 15' dopo.

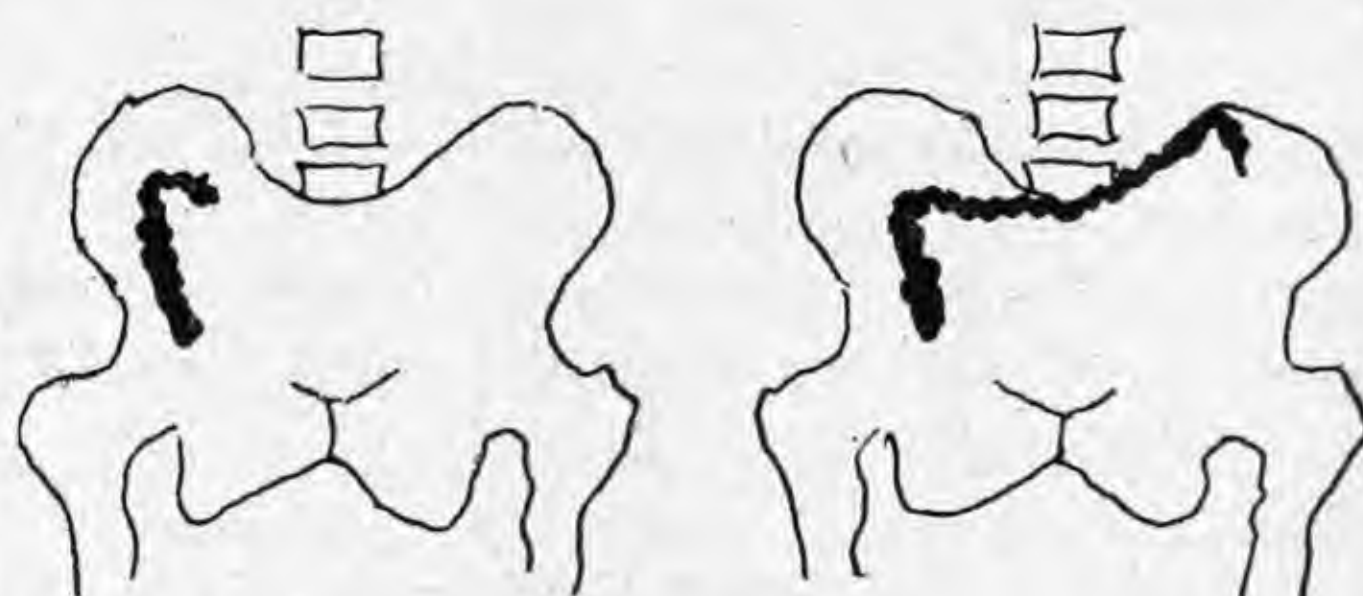



Fig. 4. — Prima dell'iniezione e 15' dopo.

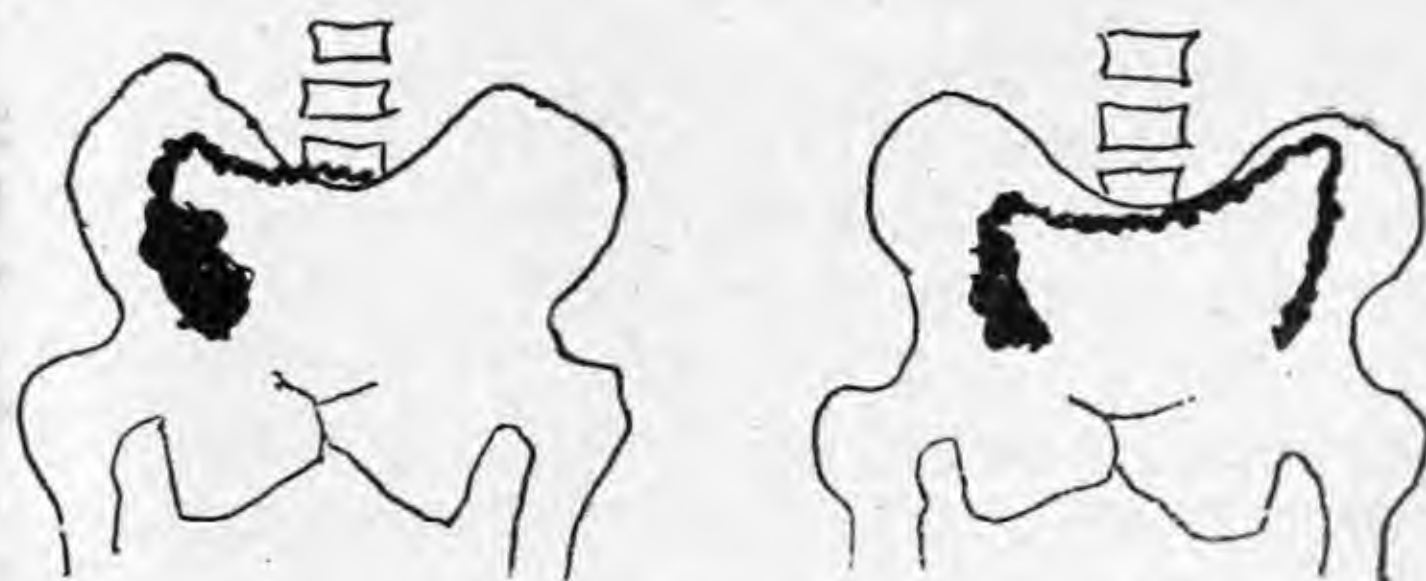



Fig. 5. — Prima dell'iniezione e 30' dopo.

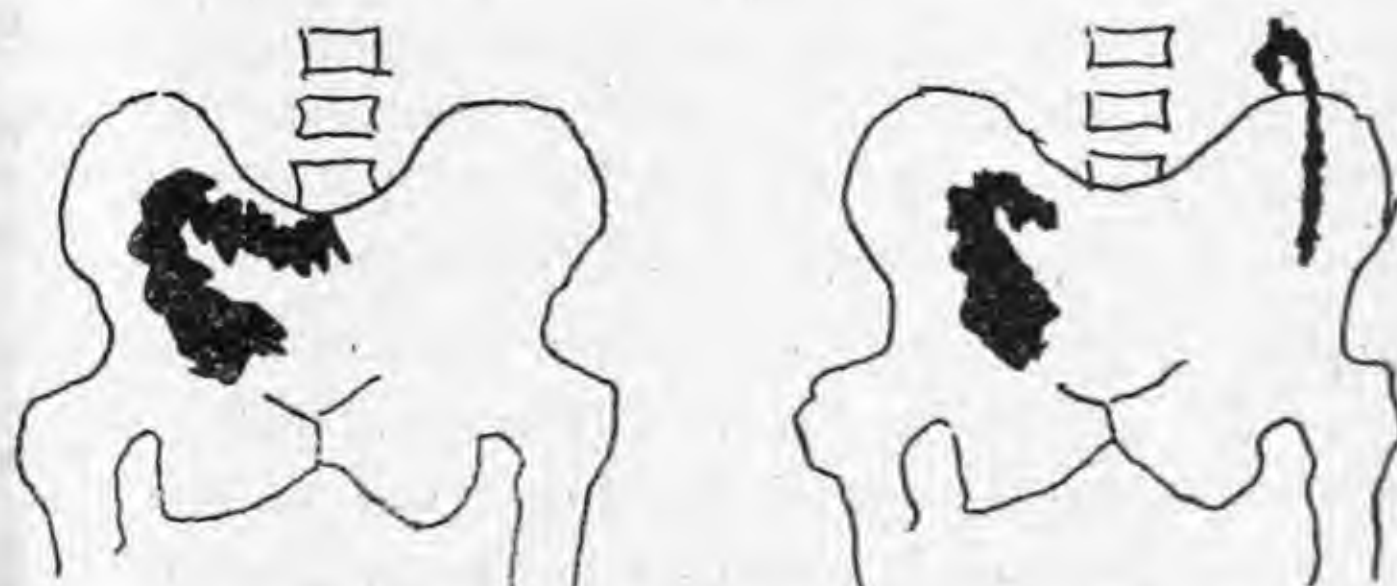



Fig. 6. — Prima dell'iniezione e 30' dopo.

nici, e fra tutti l'ergotamina, non esercitano che in modo limitato o quasi nullo, azione sul colon.

L'eccitamento ipofisario alla peristalsi del colon sarebbe per questi motivi da considerarsi staccata da quella ossitocica. Si è però già parlato di un principio pituitarico generico, con stimolazione sulla muscolatura liscia: ma abbiamo visto come sia scarsa l'azione degli estratti ipofisari su altri organi a muscolatura liscia.

Una possibilità teorica è da prospettare, che bene corrisponde alle risultanze cliniche. L'estratto ipofisario agisce sui vari organi secondo un'intensità che varia a seconda della loro soglia di stimolo. Così sull'utero gravido basta 1 unità Vögtlin, sull'intestino 3 unità (e con questa dose si provoca a volte sull'utero normale un effetto enmenagogico), sulla cistifellea e sulla vescica 10 unità. L'azione ipertensiva sarebbe piuttosto proporzionale alla dose usata e al tono iniziale.

Anche l'azione sul colon è evidentemente condizionata al tono iniziale della muscolatura: già abbiamo visto come nello stato spastico, ipertonico gli stimoli necessari a provocare una risposta peristaltica debbano essere maggiori. Mentre però i comuni purganti aumentano lo spasmo, per un'irritazione della mucosa, l'ipofisina che non tocca la mucosa non provoca contrattura tonica reattiva, ma solo il succedersi fisiologico di onde peristaltiche. Non fa naturalmente, diminuire lo stato spastico dei vari segmenti del colon, ma neppure lo accentua.

RIASSUNTO.

L'estratto ipofisario per via sottocutanea, in dose appropriata, esercita un'azione peristaltica sul colon non accompagnata da effetti accessori di ipotensione e di disidratazione, azione che interessa direttamente e solo le fibre muscolari e che quindi non lede in alcun modo la mucosa, mentre invece non è soggetta nè all'assuefazione nè all'accumulo.

BIBLIOGRAFIA.

W. FALTA. *Die Erkrankhungen der Blutdrüsen*. Berlin, 1928.
C. FOÀ. *La fisiologia degli Increti*. Milano, 1927.
W. H. HOWEL. J. A. M. A., 1924, novembre, n. 21.
A. MAC DONALD. Quartely Journ. of Phys., 1925, Maggio.
V. L. MÜLLER. J. A. M. A., 1924, novembre, n. 22.
T. H. SOLLMAN. Ibid., 1924, novembre, n. 21.
U. RONDELLI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1929, n. 10-12-14.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istit. Climatico della Croce Rossa Ital. di Cuasso al Monte.
Direttore: Prof. F. PARODI.

Sul valore terapeutico della posizione di decubito in alcune forme di emottisi

per il dott. MARIO MAZZETTI, medico-aiuto.

La serie pressocchè infinita di rimedii suggeriti nella cura delle emottisi, è di per sè indice sicuro della aleatoria efficacia di essi. Non v'è medico pratico che non abbia sentita la propria reputazione professionale in pericolo e la coscienza mortificata di fronte ad una emorragia polmonare ribelle al ogni medicamento. La ragione degli insuccessi sta molte volte nella terapia univoca che purtroppo si è costretti ad adottare, non potendo sempre riconoscere la causa patogenetica della emorragia. In considerazione della grande difficoltà che si incontra in pratica nella cura delle emorragie polmonari, ho creduto utile richiamare l'attenzione su di una forma di terapia non medicamentosa che trova però la sua indicazione in casi particolari.

Si sogliono comunemente dividere le emottisi tubercolari in tre gruppi a seconda della loro modalità patogenetica:

a) emottisi da congestione perifocale attiva, accompagnate da febbre, da eretismo vascolare, aumento della pressione sanguigna, edema infiammatorio esteso dei tessuti circostanti;

b) emottisi da congestione passiva con paresi vasomotoria, dilatazione venosa, con sovra riempimento e distensione marcata dei capillari perifocali ed ipotensione arteriosa;

c) emottisi per rottura di aneurismi da erosione che possono essere di varia importanza, sempre proporzionate alla entità del vaso in causa.

Data la diversità nella patogenesi delle varie forme di emorragia polmonare, è logico pensare che diverso debba esserne anche il trattamento medicamentoso; senonchè nella pratica non sempre è possibile applicare ad una data emottisi un trattamento medicamentoso che teoricamente le compete, sia perchè è spesso difficile individuarne la patogenesi, che del resto non è mai così schematica, sia perchè è incerto il meccanismo di azione dei varii medicamenti sui vasi polmonari. D'altra parte, mentre si è data molta importanza al medicamento, si è trascurato uno degli elementi terapeutici naturali più efficaci, vale a dire non si è pensato a utilizzare per la terapia delle

emorragie la elasticità di struttura (retrazione) del polmone.

Solo Bard per primo ha fatto rilevare che nelle emorragie polmonari congestizie, il decubito laterale sul fianco opposto a quello che sanguina, apporta condizioni meccaniche favorevoli alla cessazione delle emottisi. Il Bard afferma che tale posizione si conviene a tutte le varie specie di emottisi, e mentre la sua influenza, pur verificandosi in senso benefico, non è grande in quelle da rottura vasale, essa è più notevole nelle emorragie da congestione attiva e raggiunge la sua massima efficacia in quelle da congestione passiva. La constatazione di Bard è esatta, in parte, perchè a giudicare da alcune mie osservazioni essa non può essere tanto recisa nè generalizzata. Io ho osservato infatti che nelle emottisi sicuramente dovute alla rottura di un vaso, il mantenere la posizione indicata dal Bard non solo non ha mai apportato giovamento, ma è stata invece causa del prolungarsi della emorragia stessa.

La prima osservazione riguarda un giovane di 30 anni con broncopolmonite ulcerosa a piccoli focolai del lobo superiore del polmone sinistro.

Una sera, in periodo non evolutivo, il paziente nello spiccare un salto per salire nel tramwai, ha un colpo di tosse e comincia a sputare sangue. Nella notte l'emorragia si fa violenta ed avviene a riprese; tre nella notte stessa, due nel giorno successivo e due ancora nella nottata susseguente. I soliti rimedi non vengono a capo di nulla. Il paziente narra di aver notato come l'emorragia si rinnovi ogni volta che egli si ponga a giacere sul fianco destro, cioè quello opposto alla lesione, mentre non si è mai verificata quando egli giace sul fianco sinistro. Le riprese emottoiche si hanno specie nella notte, perchè egli nel sonno si pone inavvertitamente a riposare sul fianco destro. Così egli quando è desto, per un istintivo spirito di difesa, giace immobile sul lato sanguinante, perchè quella ritiene la posizione migliore e più sicura.

In un altro caso si trattava di una giovane con pneumotorace destro per broncopolmonite ulcerosa sottoapicale. In pieno benessere, una sera, stando seduta sul letto, in procinto di coricarsi, nell'atto di stendersi sul dorso, con un colpo di tosse si inizia una emottisi notevole. La sera stessa si fa di urgenza un rifornimento a scopo compressivo; ma nella notte la paziente è svegliata di soprassalto dal ripetersi della emorragia, e si sorprende coricata sul fianco sinistro, cioè il fianco opposto a quello che sanguina. Riaddormentatasi, è di nuovo destata dalla paurosa sensazione del sangue che scorre nei bronchi e ancora si sorprende a giacere sul fianco sinistro. L'emorragia non si rinnova più quando la malata può rimanere per lungo tempo coricata sul fianco del pneumotorace.

Un terzo caso più impressionante ancora ho potuto osservare in un giovane ventiquattrenne, con broncopolmonite a piccole ulcerazioni del sottoapice di sinistra; nell'atto di lanciare un sasso con grande forza, inizia una serie di emottisi che durano circa tre giorni. Esse si verificano solo di notte, quando il paziente nel sonno, inavvertitamente, si pone a giacere sul fianco destro.

Questo fatto ha ingenerato in lui un tal terrore di tale posizione, da svegliarsi di soprassalto per il timore di essere coricato a destra. L'emorragia cessa quando egli può dormire nella sua posizione di difesa, cioè sul fianco che sanguina.

Nei casi esposti, in cui trattasi certamente di emorragia da rottura vascolare, una condizione s'impone all'attenzione per la sua costanza, ed è il verificarsi della emorragia quando il paziente giace sul lato opposto a quello che sanguina e del cessare di essa quando egli giace sul lato della lesione. È possibile che questi fatti trovino la loro spiegazione nella struttura elastica del polmone.

Le forze attive che entrano in gioco nel fenomeno meccanico della respirazione e che determinano successivamente le due fasi di essa, inspirazione ed espirazione, sono date dalla parete toracica, con i muscoli che la muovono, e dal diaframma. Quando un individuo assuma col torace una qualsiasi posizione di equilibrio, in piedi o coricato sul dorso o sull'addome, l'azione delle due metà del torace, a parità di condizioni anatomo-funzionali della parete costale e dei due emidiaframmi, oltre che staticamente è anche dinamicamente simmetrica. Tale equilibrio meccanico viene rotto nella posizione coricata sul fianco. Gli studi radiologici di Paillard hanno dimostrato che nella posizione sul fianco avvengono cambiamenti notevoli nella dinamica degli elementi costituenti la macchina respiratoria; cioè nell'emitorace basso, a contatto col piano di sostegno, la parete costale riduce notevolmente, fin quasi ad abolire ogni suo movimento di espansione, mentre il diaframma assume una certa azione vicariante, aumentando le proprie escursioni respiratorie. L'inverso avviene nell'emitorace opposto: la parete costale esagera i propri movimenti, mentre il diaframma diminuisce le sue escursioni. Tutto ciò si spiega chiaramente pensando che l'emitorace a contatto col piano di sostegno sopporta tutto il peso di inerzia dei visceri endotoracici che gravano sul suo lato, cosicchè la parete costale non potendo espandersi verso il piano di sostegno che è fisso, per muoversi deve vincere le resistenze passive della posizione, e per tal modo riduce notevolmente i propri movimenti. Il diaframma dello stesso lato al contrario,

subendo l'azione dei visceri addominali che lo spingono dal basso verso l'alto, se è tonico reagisce energicamente ed aumenta le proprie escursioni.

Il comportamento dinamico della parete costale e del diaframma dalla parte che nella posizione di fianco poggia sul piano di sostegno, trova una conferma nel comportamento delle pressioni endopleuriche dello stesso lato. In alcuni miei esperimenti in malati portatori di pneumotorace, facendo assumere al paziente il decubito sul fianco insufflato ed infiggendo l'ago nella parete anteriore dello stesso emitorace, ho potuto constatare come i valori delle pressioni inspiratorie si riducono notevolmente in questa posizione rispetto ai valori delle pressioni prese in posizione sul dorso o sul fianco opposto, mentre le pressioni espiratorie aumentano; ciò che significa rispettivamente diminuzione del movimento della parete costale ed aumento dell'azione diaframmatica.

L'inverso si osserva sul fianco opposto a quello che giace sul piano di sostegno: aumento dei valori delle pressioni inspiratorie e diminuzione di quelli delle pressioni espiratorie; vale a dire rispettivamente aumento dell'azione della parete costale e diminuzione del movimento del diaframma. Il comportamento delle pressioni endopleuriche conferma quindi l'osservazione radiologica di Paillard.

Con tali premesse fisio-meccaniche riesce ora agevole spiegarci l'azione benefica o dannosa del decubito sopra le emorragie polmonari da rottura vascolare. Se il paziente giace sul lato che sanguina, noi abbiamo da questa parte la riduzione notevole dei movimenti della parete costale con l'aumento della pressione endopleurica; il polmone ridurrà i suoi movimenti di distensione mentre aumenterà quello di retrazione; il vaso sanguinante non subendo più alcuna forza di retrazione rimarrà, sia pure relativamente, immobile; onde più agevole riescirà la formazione del coagulo ed il conseguente arresto della emorragia. Non diversamente agisce il pnx emostatico che procura così brillanti risultati in emottisi ribelli a qualsiasi altro rimedio; se una differenza esiste, essa è a carico solo della maggiore azione immobilizzante che il pneumotorace può esplicare, ma non annulla affatto il principio informatore. E non bisogna tuttavia dimenticare che il pneumotorace è sempre condizionato dalla pervietà del cavo pleurico, cioè dalla esistenza o meno di aderenze per processi sinfisari passati spesso inosservati.

E coì possiamo anche spiegarci il perchè si abbia facilmente il ripetersi della emorragia quando il paziente sia coricato sul fianco opposto a quello della lesione: l'aumentata azione della parete toracica porta con sè un aumento della mobilità polmonare che a sua volta esplica una maggiore trazione sul vaso sanguinante, con facile rottura del coagulo fresco ed il rinnovarsi conseguente della emorragia.

A questo meccanismo sono probabilmente dovute le emottisi che si verificano in alcuni pneumotoraci non completi e che vengono invece, a torto, attribuite ad una azione paradossa del pneumotorace « emottisi da compressione ». Trattasi invece di polmoni non completamente compressi i quali subiscono l'azione di trazione col cambiare di posizione dell'individuo.

Possiamo quindi concludere che è utile per la cura tutte le volte che si abbia ragione di supporre di aver a che fare con emottisi da rottura vascolare, di usufruire della elasticità di struttura (retrazione) del polmone, ponendo il malato nella posizione adatta e precisamente coricato sul fianco corrispondente al polmone da cui ha origine l'emorragia; e sul fianco opposto a quello che sanguina tutte le volte che l'emottisi abbia origine da una congestione attiva o passiva dei tessuti circostanti alla lesione.

RIASSUNTO.

Nelle emottisi da rottura vascolare ha notevole importanza la posizione di decubito assunta dal malato; è facile il rinnovarsi della emorragia quando il paziente sia coricato sul fianco opposto a quello che sanguina, mentre stando sul fianco dal quale l'emorragia proviene si ha immobilizzazione dell'emitorace corrispondente con aumento delle pressioni endopleuriche e quindi condizioni favorevoli al ristagno.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di San Giovanni Calibita
fate-bene-fratelli - Roma.

Corpo estraneo nel tubo digerente di un bambino.

Prof. Ermanno Pazzi.

È noto con quanta e quale facilità i bambini ingeriscano corpi estranei.

Si sa pure che i corpi estranei ingeriti, se, di piccola mole, di forma rotondeggiante o rotonda come monete, palline di vetro o di marmo, ciottoli, bottoni, noccioli di frutta ecc. passino senza provocare disturbi attraverso il tubo digerente e vengano espulsi, generalmente, in breve tempo, dall'ano.

Non vi è quasi mai necessità di speciali manovre o di interventi per rimuoverli o, tutto al più, è sufficiente la somministrazione di un purgante.

Solo nel caso di permanenza del corpo estraneo nell'esofago ne è indispensabile il sollecito allontanamento con i comuni apparecchi per l'estrazione per via boccale o con intervento chirurgico.

I corpi estranei allungati, a punta, come aghi, spille, forcinelle da capelli, chiodi, spine ecc. invece, vengono emessi con molta maggiore difficoltà, in un tempo più lungo, e spesso richiedono l'intervento chirurgico di urgenza per toglierli dall'esofago, dallo stomaco o dalle sezioni dell'intestino.

Talvolta si arrestano, specialmente nel ceco, e possono essere l'origine, per il sovrapporsi continuo di strati di feci, della formazione di grossi coproliti.

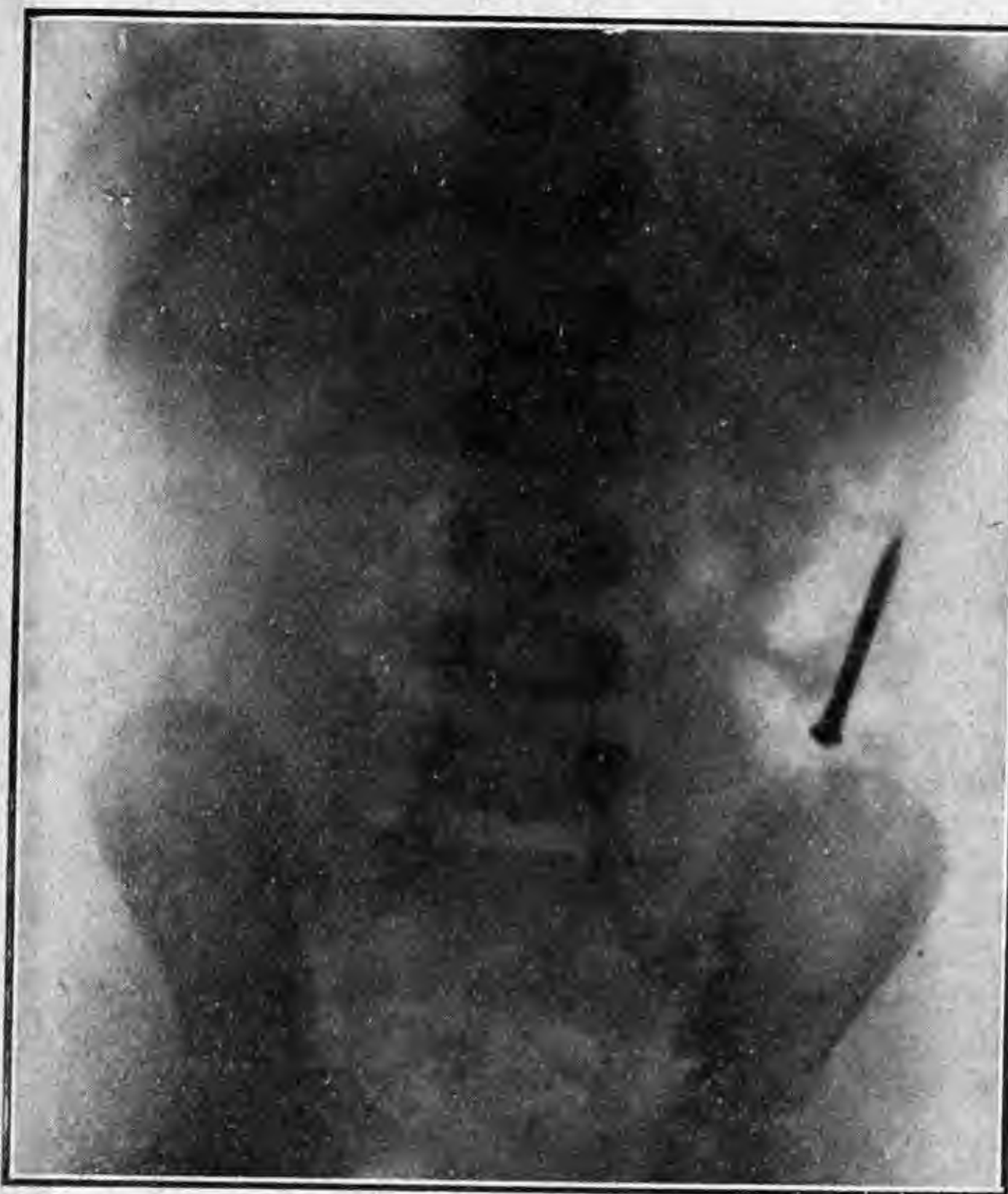
In riguardo all'ingestione degli aghi e delle spille nella letteratura sono riportati alcuni casi nei quali, questi corpi, a punta, sono emigrati attraverso le pareti delle sezioni del tubo digerente. Essi sono comparsi sotto la pelle dell'addome, del torace, delle regioni inguinali ecc. provocando talvolta anche ascessi superficiali, ed hanno dato luogo a complicazioni gravi per flogosi peritoneale.

Spesso anche gli aghi e le spille si arrestano nell'ampolla rettale, trasversalmente, e debbono essere asportati dal chirurgo.

Riferisco un caso osservato recentemente che può avere qualche interesse.

La mattina del lunedì 8 corr. mese di aprile, alle ore 10, mi venne portato un bambino di quattro anni che, due giorni prima, il sabato, circa le ore 17, aveva ingoiato un chiodo, di quelli che si adoperano, comunemente, per fissare gli interruttori negli impianti della luce o delle suonerie elettriche negli appartamenti.

Il bambino era in ottime condizioni di salute, non lamentava alcun disturbo, era andato regolarmente di corpo, tanto che i genitori dubitavano che egli avesse realmente deglutito il chiodo.

Eseguii la radioscopia, vidi facilmente il chiodo nel ceco e presi il radiogramma (vedi figura). Consigliai che il bambino, al quale era stato il giorno prima somministrato un purgante, fosse tenuto ad una dieta abbondante e ricca di farinacei e di frutta, di non dare altri purganti, di esaminare le feci e di sorvegliare se insorgevano dolori addominali.

Rividi il bambino la sera del lunedì, la mattina del martedì seguente e constatai, radioscopicamente, che il chiodo era sempre fermo nel ceco, nella medesima posizione, con la punta rivolta verso il colon ascendente.

Le opinioni dei chirurghi che avevano osservato il bambino non erano concordi: l'uno consigliava di tenerlo in osservazione, in attesa di intervenire qualora fossero insorti sintomi addominali: l'altro proponeva senz'altro l'intervento perchè il chiodo era ormai fermo da varie ore nel ceco, si presentava con la punta dritta verso l'angolo colico epatico, e voleva prevenire possibili complicazioni per ulcerazioni dell'intestino, perforazione, ecc.

Poichè il bambino stava bene, continuava a defecare regolarmente e senza dolori, pensai di somministrare il pasto opaco di contrasto nella speranza che il chiodo fosse inglobato nella massa del bario e con questa espulso.

Alle ore 12 pertanto del martedì 9 aprile fu fatto prendere al bambino un pasto costituito da 100 grammi di teobario (solfato di bario, cacao e zucchero) con 30 gr. di bolus alba, con 10

grammi di gomma arabica, bene impastati in 200 grammi di latte e 50 grammi di acqua tiepidi.

Dopo sei ore dalla ingestione riesaminai, radioscopicamente, il bambino: lo stomaco e le anse del tenue, meno porzione della ileo-cecale, erano vuote completamente del pasto di contrasto che riempiva il ceco, il trasverso e porzione del discendente. Naturalmente il chiodo, coperto dall'opacità del bario, non era più visibile.

Dopo 24 ore il bambino aveva emesso scarsa quantità di feci commiste alla miscela ed, all'osservazione radioscopica, si notavano il ceco e buona parte del trasverso quasi vuoti del bario: il chiodo non si vedeva. Certamente aveva progredito e si doveva trovare nel discendente o nel sigma che apparivano ripieni del pasto di contrasto.

Non riporto i radiogrammi perchè non hanno importanza.

Dopo 30 ore il bambino aveva emesso, in due volte, abbondante quantità di feci e della miscela di contrasto sotto forma di scibale composte, senza aver espulso il chiodo, ma, nel ponzare accusava fastidio all'ano.

Alla radioscopia si vedeva una massa oblunga, situata trasversalmente nell'ampolla rettale, e nel radiogramma appariva, leggermente sporgente dal lato destro della massa opaca, la punta del chiodo.

Introdussi allora l'indice destro nel retto, percepii il chiodo disposto trasversalmente, riuscii pian piano a raddrizzarlo, lo uncinai per la testa e lo estrassi facilmente.

Il caso si presta a qualche considerazione.

Si ha ancora una prova della facilità e della rapidità con la quale lo stomaco ed il tenue tendono a liberarsi di un corpo estraneo, ma a me è mancata l'osservazione per poter stabilire il tempo di permanenza del chiodo nello stomaco e nelle anse del tenue e le modalità del passaggio e della progressione sino al ceco dove si trovava dopo 40 ore dall'ingestione.

Il bambino diceva di aver ingoiato il chiodo dalla parte della testa perchè gli era sfuggito di mano mentre lo succhiava tenendolo fra le dita dalla parte della punta.

Il chiodo pertanto caduto nello stomaco con la testa in basso e la punta in alto si era capovolto, come suole generalmente accadere, nello stomaco stesso durante le manovre espulsive e si era disposto per sorpassare il piloro e procedere nel duodeno con la punta in avanti, posizione che aveva mantenuto nel tenue e nella quale era giunto nel ceco.

Data la lunghezza del chiodo, di cinque centimetri, è sorprendente come sia passato nelle anse del tenue senza produrre lesioni e senza disturbi di sorta per il piccolo paziente.

La permanenza nel ceco ricorda anche la minore capacità espulsiva di questo segmento del tubo digerente, cosa già nota e messa in luce anche dagli studi radiologici e che forse è in rapporto con la presenza degli sfinteri intercecali.

Tutti i radiologi hanno avuto occasione di osservare in tubi digerenti normali anche dopo qualche giorno dalla somministrazione del pasto di contrasto, residui del pasto stesso nel ceco mentre il colon si è completamente vuotato.

E si sa che a questo ristagno delle feci nel ceco sono imputabili molte coliti, stipsi ostinate, ed anche molte appendiciti. Infatti anche in altre osservazioni di ingestione di corpi estranei è stato rilevato che uno dei segmenti dell'intestino dove è più facile il ristagno è il ceco e spesso il corpo estraneo è stato causa di flogosi appendicolare.

In questo campo l'indagine radiologica pertanto può rendere segnalati servizi localizzando esattamente la sede del corpo estraneo, specialmente quando non svela con sintomatologia propria la sua presenza, e sorvegliando il comportamento di esso nel passaggio attraverso il tubo digerente.

La letteratura radiologica è ricca di osservazioni e spesso la radioscopia ha facilmente rilevato nella presenza di un corpo estraneo la causa di disturbi vaghi, e di difficile interpretazione con il solo esame clinico dell'infermo, specialmente quando non esistevano notizie anamnestiche (bambini, donne isteriche ecc.) che potessero fornire un qualche chiarimento.

Ho riferito il caso perchè ritengo che, in accidenti analoghi, la somministrazione di un pasto, massivo, non assorbibile, simile a quello da me fatto prendere al bambino possa agevolare il passaggio nel tubo digerente e la espulsione spontanea del corpo estraneo.

Ad ovviare il possibile serio inconveniente di provocare invece una permanenza più lunga del corpo estraneo nell'intestino, per l'azione stiptica, che in qualche soggetto il bario può provocare, si può modificare la composizione del pasto, da me somministrato, con l'aggiunta di qualche cucchiaio di olio minerale di paraffina.

RIASSUNTO.

L'A., dopo alcune considerazioni sulla ingestione dei corpi estranei, descrive un caso di un bambino al quale fece emettere un chiodo, deglutito da qualche giorno e che rimaneva per molte ore fisso nel ceco, mediante la somministrazione del pasto di contrasto di solfato di bario. L'A. suggerisce di tentare questo mezzo, magari aggiungendo dell'olio minerale di paraffina, in casi analoghi, per favorire l'espulsione spontanea del corpo estraneo.

Roma, 20 aprile 1929.

Ospedale San Martino - Genova
XII Padiglione Chirurgico
Primario: Dott. Mario Oberti.

Singolare caso di corpo estraneo nel bronco-tronco sinistro, estratto colla tracheo-broncoscopia inferiore

per il dott. Sandro Luigi Gibelli
libero docente di otorinolaringologia.

La casistica dei corpi estranei delle vie aeree inferiori, si è andata vieppiù arricchendo col progredire della tecnica e dell'istrumentario e « non deve mai meravigliare di trovare endoscopicamente qualsiasi sostanza non solubile e che provenga dal regno animale, vegetale, minerale, o che sia stata fabbricata dall'uomo — Chevalier Jackson — ».

Un elenco di tutti i corpi estranei dell'albero tracheo-bronchiale esorbita dagli intenti di questa nota; tuttavia comprendiamo facilmente come debba esistere un limite alla penetrazione, limite che è in rapporto alla via seguìta, la quale in certo modo disciplina e influisce su forma e dimensioni della sostanza introdotta. Da qui l'utilità di dividerli in due categorie:

1) *Corpi estranei dell'albero tracheo-bronchiale che hanno seguìto le vie naturali.*

2) *Corpi estranei che sono penetrati nel condotto tracheo-bronchiale attraverso una delle sue pareti.*

Pure ammettendo che tale distinzione non è assoluta, tuttavia in rapporto a speciali abitudini e contingenze e a meccanismi particolari, offre una linea di orientamento in questo capitolo della patologia delle vie aeree.

a) Fra i corpi estranei della *prima categoria* rientrano quelli che provengono *dalla bocca* (noccioli di frutto, ossa, spighe di grano, fagiolini, piccole monete, pezzetti di legno, di carbone, bottoni, fischietti, spille, aghi, chiodi, sanguisughe ecc. ecc.), *dallo stomaco* (durante il vomito alimenti indigeriti possono entrare nel laringe, lombrici o oxiuri che sono emigrati ecc. ecc.), *da interventi chirurgici* (frammenti di pinze per laringe, tubi da intubazione, tubi radiferi, pezzi di tonsille e di adenoidi ecc.).

b) Nella *seconda categoria* rientrano quelli che provengono dall'*esofago*. Chevalier Jackson in bambino di due anni osservò una piccola moneta che dall'esofago era penetrata in trachea ulcerando il setto tracheoesofageo. In uomo cinquantenne tolse dalla trachea un osso di pollo venuto dall'esofago per perforazione. Dall'*esterno* (un ago, un proiettile ecc. ecc.). Chevalier Jackson ha allontanato con la broncoscopia un proiettile che era penetrato nel polmone attraversando la parete toracica. *Da e per interventi chirurgici.*

L'ultima modalità è di gran lunga la più frequente; le altre due sono delle eccezioni. Nel corso di una tirotomia, di una laringofissura, di una laringectomia, pinze o altri strumenti che accidentalmente si rompono, garza e cotone che sfugge, possono essere aspirati. Lo stesso dicasi di un tubo radifero introdotto in laringe attraverso una sua breccia; un tubo da dilatazione nella laringostomia; una cannula tracheale cui si stacchi il padiglione ecc. ecc.

Il caso nostro rientra tra questi; l'intruso penetrato da una stomia tracheale ha potuto raggiungere una sede anatomica di particolare interesse e che ne è la caratteristica.

Caso clinico. — M. Vittorio, anni 54, metallurgico da Pegli.

Individuo un anno prima tracheotomizzato d'urgenza per fatti di stenosi laringea.

Entra in corsia con la diagnosi di stenosi tracheale.

Infatti quantunque portatore di cannula di giusto calibro e libera, l'a. respira malissimo con depressione inspiratoria al giugulo, all'epigastrio, oppressione, cianosi. Rimossa la cannula, con klemmer curvo montato, ripulisco la trachea per 5-6 cm. ma l'a. non migliora la respirazione. Introduco allora la lunga cannula snodabile Koëning. Il primo tratto è vinto facilmente ma più basso avverto una resistenza; forzo, la cannula scende in toto, l'a. ha un'accesso violento di tosse e con essa emette flotti abbondantissimi di pus giallastro e fetido. A ciò segue calma, il respiro si fà pressochè normale, l'a. è sollevato. Dopo dieci minuti tolgo la cannula; il paziente riprende a respirare male se non nella prima misura. Rimetto e fisso la Köening; nuova ma minore emissione di pus, calma respiratoria.

Lo rivedo il mattino dopo; ha passato notte tranquilla, respira normalmente. Togliendo e rimettendo la cannula si ha ancora emissione di poco pus, ma dopo due giorni ritorna la norma e applico una Krishaber.

Il 21-9-1927 laringoscopia diretta (posizione seduta, anestesia locale, spatula e illuminazione del Brünings). Riconosciuti margine e faccia linguale dell'epiglottide che appaiono normali, piazzo l'estremità distale della spatula dietro l'epiglottide, e con movimento di trazione antero-inferiore ho in vista l'aditus laringis che poco ricorda della normale configurazione: « aritenoidi fisse, infiltrate, quella di destra ha la forma di una piccola mezza noce, è liscia e fortemente arrossata, la sinistra presenta gli stessi caratteri ma è di volume minore. Non si vedono altre particolarità del laringe, il cui lume è occupato da una massa vegetante a cavolfiore. Le aritenoidi specillate danno una sensazione duro-elastica, mentre il tessuto a cavolfiore è molle e sanguina facilmente. I seni piriformi, appaiono liberi ».

Con doppia curette, asporto due pezzetti di tessuto neoplastico che messi in formalina 10 % invio al laboratorio per l'esame. Posta diagnosi clinica di carcinoma intrinseco e diffuso del laringe, questa è più tardi confermata dal referto istopatologico.

Il 22-9-1927 (decubito orizzontale, anestesia locale, tubo cm. 20 e illuminazione Brünings), esamino trachea e due grossi bronchi. La stomia e sue prossime vicinanze, è infiltrata con qualche granulazione facilmente sanguinante. Tolta coi portacotoni la poca secrezione, proseguo fino a riconoscere lo sperone tracheale; è nettamente spostato a sinistra. Ritiro il tubo ispezionando e sulla parete tracheale destra a 3 cm. circa dallo sperone osservo un punto in cui è secrezione puriforme che si rinnova appena tolta. Coll'estremità spatulare del tubo, comprimo a monte del punto secernente e la fuoruscita di pus aumenta. Rimetto in luce lo sperone, faccio spostare leggermente il capo dell'ammalato verso sinistra, porto il manico del Brünings orizzontalmente a destra, introduco il rallungo, e con estrema facilità entro nel grosso bronco destro. Mi è dato vedere l'orificio del lobo medio e del lobo inferiore; non individuo quello del lobo superiore. La mucosa è colore rosso vivo, non osservo fuoruscita di pus. Con identiche manovre ma in senso opposto e puntando fortemente sulla parte laterale sinistra della porzione inferiore della trachea entro nel grosso bronco stesso lato. L'ispezione è negativa per la presenza di pus; vedo gli orifici del lobo inferiore e superiore.

I dati clinici più sopra rilevati, e quelli della tracheo-broncoscopia che ha permesso di individuare un punto tracheale secernente pus, e di escluderne la presenza nei bronchi, mi confermano nel concetto iniziale che causa della stenosi tracheale è stato un ascesso sottomucoso della stessa.

Nel pomeriggio del 20-10-1927 l'a. nello sbarazzare la cannula in situ, con penna di gallina, la introduce troppo profondamente, lascia inavvertitamente la presa e l'aspira. Ha subito un accesso di tosse, senso di soffocazione, dispnea e poi tutto ritorna in breve in una relativa calma.

Il 21 mattina mi appresto per l'estrazione. Pur meravigliato del modo in cui l'intruso era sopportato, tuttavia insistendo l'a. sulla notevole lunghezza del medesimo, io presumevo trovarlo almeno parzialmente in trachea ed estrarlo facilmente; ma l'endoscopia tracheale e del grosso bronco destro è negativa. Resto alquanto sconcertato. Metto in evidenza il bronco sinistro il cui lume è occupato da abbondante secrezione. Asciugo e a circa due cm. dal suo orificio intravedo un corpo biancastro, che appare e scompare coi movimenti respiratori. Con robusta pinza afferro il corpo straniero che è solidamente fisso e devo usare una certa forza per estrarlo. L'a. ha sopportato bene l'intervento e il decorso nei giorni seguenti è normale.

Fig. I. — Penna di cm. 11.5 di lunghezza —

CONSIDERAZIONI.

I corpi estranei che seguono le vie naturali, incontrano una serie di ostacoli rappresentati dalla conformazione anatomica dell'organo da attraversare (epiglottide, orificio laringeo superiore, false corde, glottide) e sopratutto da riflessi protettori (occlusione, movimento in avanti ed in alto del laringe, tosse). Glottide e porzione sopraglottica per l'azione di uno stimolo reagiscono come uno sfintere e con tosse esplosiva. Ma a questa segue, in genere, una profonda inspirazione che riaprendo l'organo trascina in basso l'intruso.

Questo meccanismo è semplificato per i corpi estranei della seconda categoria e particolarmente nel caso nostro, in cui l'orificio di ingresso non ha facoltà di restringersi e la via è più breve ed uniforme. Le inspirazioni rinforzate ed aumentate dalla notevole occlusione tracheale hanno, sole, potuto vincere l'ostacolo opposto dalla particolare conformazione del corpo estraneo per la quale, le barbe dispiegandosi ed allontanandosi dallo stelo, si stabilisce un maggiore attrito colle pareti del condotto tracheo-bronchiale (v. fig. 1).

Chevalier-Jackson dice « che le dimensioni, la forma e la superficie del corpo estraneo, tengono per la sua localizzazione particolare, un posto meno importante che le particolarità anatomiche regionali ». L'anatomia insegna che la lunghezza della trachea nell'uomo adulto in posizione eretta è in media di cm. 12 e che alla biforcazione il bronco destro si allontana (angolo 25°-30°) meno del sinistro dall'asse longitudinale della trachea tanto da sembrarne spesso una continuazione, dato che anche il

calibro è poco inferiore. Invece l'angolo di deviazione del bronco sinistro è più accentuato (45°-50°), il diametro molto inferiore a quello tracheale per cui in molti casi sembra più una collaterale che una divisione della trachea.

Queste ragioni, il fatto che lo sperone tracheale nella maggioranza dei casi (59 %), e quasi sempre nel vivo secondo Chevalier Jackson, è spostato a sinistra, e il più grande volume di aria che durante l'inspirazione entra nel bronco destro, spiegano la grande frequenza (70-75 %) colla quale i corpi estranei seguono il grosso bronco D piuttosto che il sinistro.

Nel caso nostro, in cui per forma e dimensioni dell'intruso, era prevedibile almeno una parziale discesa nel bronco destro, è avvenuto il contrario.

La lunghezza della penna estratta è di cm. 11,5, quella del grosso bronco S di cm. 4-5, io ho visto il peduncolo basilare della penna a cm. 2 dall'orificio bronchiale, e poichè i corpi estranei del bronco superiore sono eccezioni data la sua direzione orizzontale, e poichè la penna non presentò segni dì angolatura, io devo ammettere che sia giunto bassissimo seguendo la diramazione inferiore.

Nella letteratura non ho trovato descritto un caso del genere e se anche mi è sfuggito, certo trattasi di eccezione. Chevalier Jackson illustra un caso di localizzazione bassissima in uomo trentenne nel quale un ago per canali da dentista era arrivato in una piccola diramazione bronchiale sita indietro e sotto la cupola diaframmatica e cioè alla periferia inferiore del polmone. Egli ne fece l'estrazione con la broncoscopia stomatodiale e usando un tubo di 40 cm. Nel caso mio nessun virtuosismo di tecnica, tuttavia ho creduto utile riferirne per dimostrare come un corpo estraneo semirigido di lunghezza uguale o poco inferiore al massimo tratto dell'albero bronchiale sinistro, abbia potuto trovarvi sede avvicinandosi alle parti inferiori del polmone e senza arrecare gravi disturbi per l'ammalato che lo sopportava in relativa calma.

RIASSUNTO.

Uomo 54enne affetto da carcinoma intrinseco e diffuso del laringe; tracheotomizzato un anno prima. Nel ripulire *in situ* la cannula tracheale, aspira una penna di gallina, lunga cm. 11.5, che penetra nel grosso bronco sinistro, avvicinandosi alle parti inferiori del polmone. Il corpo estraneo provoca secrezione purulenta, ma non reca gravi molestie. Estrazione mediante la broncoscopia inf.

NOTE POLEMICHE.

A proposito della gastrectomia totale per cancro.

Prof. GINO BAGGIO,
Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Cagliari.

Ho letto una comunicazione di Egidi alla R. Acc. med. di Roma (anno LV, fasc. 7) nella quale, dopo avere notato con meraviglia che all'ultimo congresso, nè oratori nè relatore ufficiale si siano occupati della asportazione totale dello stomaco per cancro, l'A. espone un caso in cui questo trattamento fu applicato da lui con esito felice.

Non nella qualità di quel su menzionato relatore ufficiale, ma semplicemente per chiarire o completare il mio pensiero anche dopo il postumo rilievo, desidero pubblicare quanto segue.

Il compito che mi era stato affidato dalla S. I. di Ch. era quello di riferire sui risultati che si ottengono nel cancro dello stomaco mediante la cura chirurgica.

Nelle applicazioni radicali di questa cura io non ho trovato una distinzione da parte dei vari chirurghi, fra la resezione duodeno-gastrica e la asportazione totale dello stomaco (Egidi lo conferma). Nè ho creduto di farla io, in quella parte del mio lavoro che esorbitava dalla pura statistica: per questa ragione: che, nelle gastrectomie per cancro eseguite finora, la differenza tra asportazione (diciamo così) usuale e asportazione totale, si traduce in differenza quantitativa, non qualitativa: è, cioè, differenza di grado, non di concetto. Il quale rimane per lo stomaco, come per altri organi, imperniato nell'aforisma di asportare il tumore *una cum partibus sanis*.

Il caso di Egidi mi conferma in quest'opinione. Difatti, egli ha asportato tutto intero lo stomaco perchè anche ai lumi della chirurgia attuale non avrebbe potuto pensare di asportare per intero la massa macroscopica del cancro arrestandosi con la interruzione del viscere al di qua del cardias. (« La faccia anteriore dello stomaco, *dalle vicinanze del piloro fino a quelle del cardias*... presenta un ispessimento sporgente massimamente a livello della porzione media dello stomaco... *Il tumore delle ghiandole linfatiche giunge fino al cardias* »).

In altre parole: Egidi ha operato brillantemente un caso che molti altri avrebbero ritenuto inoperabile, ma non ha modificato con questo il concetto informativo della cura radicale del cancro gastrico, quale si è seguìto fino ad oggi.

Anzi, a tale proposito, Finsterer, per es.,

gli domanderebbe come mai non abbia esteso la radicalità del suo intervento fino ad asportare per intero anche il grande omento.

La stessa tecnica operatoria della gastrectomia totale non ha fondamentali divergenze da quella di una resezione molto estesa, se non in quanto mobilizza il cardias. Anch'io, da anni, non interrompo lo stomaco per resezione, senza prima avergli suturato il digiuno, e, quando la tensione è forte, compio anche la sutura a tutto spessore della parete anteriore, a mano a mano che interrompo. Polya, nella pubblicazione del 1911, illustrava lo stesso principio. La trazione sullo stomaco per dominare il viscere da interrompere e per guadagnare spazio in profondità, è poi espediente di chirurgia gastrica ormai diffuso.

Il concetto della cura chirurgica del cancro gastrico, a base di gastrectomia completa, cambierebbe dall'attuale, quando ci si proponesse di adottare quest'intervento *per ogni caso* di cancro gastrico; anche incipiente nella sola regione pilorica.

Egidi formula quel concetto a questo modo: « ... quando un tumore abbia invaso tutti i territori linfatici dello stomaco, a me pare che la terapia ragionevolmente radicale sia la gastrectomia totale. Essa mi pare che sia anche più evidentemente richiesta quando, qualunque sia l'estensione del tumore primario, siano invasi tutti i gruppi ghiandolari che ricevono la linfa dei diversi territori gastrici ».

Ora, se, per tumore che abbia invaso tutti i territori linfatici dello stomaco, intendiamo casi del genere di quello che ha presentato lui, nel quale la faccia anteriore dello stomaco era ispessita dalle vicinanze del piloro fino a quelle del cardias, siamo pienamente d'accordo — l'ho già detto — che la terapia ragionevolmente radicale non può essere che quella usata da lui.

Concordo con lui anche nel caso contemplato dalla seconda condizione che egli pone, se, per invasione di tutti i gruppi ghiandolari che ricevono la linfa dai diversi territori gastrici, si debbano intendere, pure, casi analoghi al suo, nel quale il *tumore* delle ghiandole giungeva fino al cardias.

Ma — dico ancora — con ciò non modifichiamo il presente. Nè credo che siamo lontani dal modo di pensare dei più consumati chirurghi che hanno riferito la somma della propria esperienza al nostro congresso.

Chè, se, invece, la gastrectomia totale deve essere giustificata anche dalle tumefazioni di singoli gangli della piccola curvatura, della grande e del gruppo splenico, le quali tumefazioni si trovano più o meno in quasi tutti gli stomaci cancerosi che vengono al chirurgo (ed Egidi mi concederà che di più che di tumefazione non possiamo parlare, perchè è ben difficile stabilire su gangli linfatici viscerali dove e fino a quanto la tumefazione coincida con l'invasione cancerigna) io — che non ho mai precluso le vie all'avvenire, anzi: che vorrei vedere nella chirurgia il mezzo di rifare (ma, intendiamoci: di rifare, non di demolire) l'organismo ammalato — dico anche in questo caso: non voglio escludere che in avvenire si faccia così.

Soltanto osservo che questa è questione che riguarda, appunto, l'avvenire, non il passato.

E, se, passando dai fatti alle idee, di queste vogliamo analizzare il fondamento, mi pare che non si possa prescindere da una constatazione ormai assodata: che, cioè, l'asportazione completa dell'organo canceroso non è misura sufficiente per garantire dalla recidiva. Ce lo potrebbe dire proprio l'esempio citato da Egidi, del cancro dell'utero. Anche per il cancro gastrico si potrebbe rilevare che, nella maggior parte dei casi, la inoperabilità è data meno dalla diffusione del tumore nel viscere, che dalla diffusione nelle vie linfatiche extragastriche e sul peritoneo; egualmente: le recidive, più che nelle pareti gastriche, si trovano sul peritoneo e nei visceri circostanti allo stomaco. Per cui si viene sempre alla conclusione: che giova, sì, moltissimo, operare radicalmente, ma che — oltre a ciò — bisogna preoccuparsi di operare precocemente: ed è questa la misura che urta contro il vero scoglio, a maggior danno dei risultati chirurgici.

Nè può essere trascurato, in discussione di questo genere, il rimarco, che non sempre conviene il « tutto per tutto ».

Ecco che io trovo nella accurata esposizione tecnica di Egidi, un passo il quale collima esattamente con un principio da me e per me ormai sancito in chirurgia sperimentale. Sul cane, un numero assai considerevole di anastomosi cardias-digiunali con suture continue ha avuto esito infallibile in deiscenze e distacchi.

Egidi è venuto a conclusioni analoghe per l'uomo, perchè scrive: « Non rimase che da rinforzare la sutura a tutto spessore e da completare la sutura alla Lembert; ciò che fu fatto sempre con punti staccati, perchè parve che *i punti staccati, meno delle suture continue, potessero compromettere la vascolarizzazione dell'esofago* ».

Con ciò egli ha ovviato al pericolo; ma ha confermato che la vascolarizzazione dell'esofago è scarsa. E: dove il circolo sanguigno può difettare, chi ci dice che un punto di sutura non chiuda anche la scarsa sorgente nutritiva e che il tessuto non si necrosi?

È, allora, consigliabile di affrontare l'insuccesso operatorio per una causa estranea alla corretta tecnica e non valutabile in precedenza?

Insomma: io dico che la gastrectomia totale eseguita quando non se ne possa fare a meno, potrà dare dei risultati lontani che beneficiano più, della moderata malignità del tumore, che dell'audacia e della perizia di chi opera; eseguire la gastrectomia totale anche quando, a giudizio della esperienza raccolta finora, si crede di interrompere largamente sul sano pure limitandosi ad una resezione che conservi all'intestino un attacco su tessuto ancora gastrico, mi pare misura la cui giustificazione non può venire che dalla provata esperienza del domani: la quale è affidata, naturalmente, ai pionieri della chirurgia.

La parte fondamentale di quanto ho scritto qui fu già dètta all'oratore dal prof. Alessandri in sede stessa di comunicazione. Io ho creduto di farmi vivo per quel tanto che mi interessava personalmente. E — come il prof. Alessandri cominciò — così io finisco: congratulandomi con l'Egidi per il bel successo operatorio.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA OSSEO.

La malattia ossea di Recklinghausen.

(A. LERI. *Le Bulletin médical*, n. 23, 1929).

L'A. riferisce lo stato attuale delle conoscenze su quella strana malattia, che von Recklinghausen descrisse per primo nel 1891 definendola « osteite fibrosa deformante generalizzata con formazioni cistiche e produzioni tumorali ». L'A. ne ha osservati 12 casi e richiama l'attenzione su questa infermità in quanto essa è più frequente di quel che si creda e se in genere è considerata rara dipende dal fatto che di solito è sconosciuta e quindi non viene diagnosticata.

È una malattia, che colpisce esclusivamente lo scheletro, ma con tre forme di lesioni: 1) l'osteite fibrosa; 2) la cisti; 3) la produzione tumorale. Le ossa colpite possono conservare un aspetto esterno perfettamente normale (specialmente le diafisi delle ossa lunghe), ma in molti casi sono aumentate di volume: cosa che bene si dimostra là dove l'osso colpito è coperto da scarse parti molli. È così che tale fatto si osserva alle clavicole, alle coste e specialmente al capo, che di solito è deformato da voluminose sporgenze arrotondate, spesso cistiche.

Le cisti possono aprirsi in cavità normali (naso, seni, bocca) e in tal caso la diagnosi s'impone in quanto il fondo della cavità è coperto da una massa rosso-giallastra non sanguinante, che non ha quindi l'aspetto liscio e lucente delle vere cisti tappezzate di endotelio.

Si possono verificare inoltre delle inflessioni in ossa di aspetto normale o no, a livello di una cisti o no, derivanti dal rammollimento del tessuto osseo o da fratture. Da ciò si deduce che la m. di Recklinghausen è una malattia clinicamente polimorfa in quanto nel medesimo caso, ma nelle diverse ossa si possono riscontrare cisti in ossa di aspetto normale o in ossa ipertrofiche o in ossa ricurve.

A tali segni possono complicarsi due sintomi: 1) i dolori, talora assenti, sono per lo più presenti come senso di pesantezza e di stiramento più accentuato durante il riposo e possono alle volte divenire violenti, diurni ed anche notturni; 2) le fratture che sono spesso il sintomo rivelatore della malattia: tipiche fratture patologiche, che intervengono quasi spontaneamente per sforzi minimi e si ripetono sullo stesso osso, magari su uno degli ossi più potenti come l'omero e il femore, non accompagnandosi per lo più che a minimi spostamenti, essendo sottoperiostee. Tali fratture di solito si consolidano bene, ma esiste sempre una certa percentuale di casi disgraziati nei quali il processo riparativo è talora molto lento e incompleto e termina con una pseudoartrosi.

La indagine radiologica è il mezzo che più spesso permette la diagnosi, ma anche essa è ben lungi dal dare immagini patognomoniche.

I raggi X scoprono le cisti ossee mono- e pluriloculari e dimostrano altresì se esse sono scavate nello spessore di ossa perfettamente sane o di ossa scolpite da piccole logge e cavità. Infatti si vedono talora piccole cisti dai bordi mal limitati e irregolari scavate in ossa di aspetto poroso « ovattato ». Altre volte si vedono delle vere zone di distruzione ossea rappresentate o da una cisti vuotatasi in qualche cavità vicina, o da cisti che abbiano progressivamente eroso la corticale ossea, o da una testa ossea (omerale o femorale), che privata di tutto il tessuto resistente si sia per così dire sfondata.

Le masse tumorali si presentano ora come tumefazioni globali dell'osso, ora come tumori localizzati sessili o peduncolati, pieni o scavati da cisti. Alle volte sono esclusivamente intraossei e fanno salienza nel canale midollare.

Clinicamente si osservano le forme più svariate in quanto la sede delle lesioni è variabilissima. Di solito affezione generalizzata o meglio disseminata in più ossa, può anche presentarsi localizzata ad esempio ai mascellari (Frangenheim) o alla testa (Petrov). Lo stesso A. riferisce un caso di malattia strettamente localizzata al cranio e un altro caso strettamente circoscritto a due ossa degli arti (ulna-tibia) ed avanza l'ipotesi che molte delle cisti ossee dette solitarie, che non vengono meglio identificate, siano delle vere e proprie forme monossee di tale malattia. A lumeggiare la

estrema varietà della m. di Recklinghausen l'A. riferisce alcuni casi occorsi alla sua osservazione. Si tratta di quattro pazienti nei quali le manifestazioni, cominciate nella prima infanzia, si sono arrestate nella loro evoluzione intorno ai 20-25 anni.

I p. si presentarono al medico perchè affetti da tumefazioni mascellari e craniche, ma la anamnesi che rivelò che i p. avevano sofferto di fratture e l'esame radiologico condotto sistematicamente dimostrarono la enorme disseminazione di lesioni cistiche. In uno di questi casi oltre al cranio e ai mascellari erano colpiti anche gli omeri, i radi, le costole, le ossa iliache, i femori e le tibie e perfino le falangette delle dita.

La prognosi è di solito favorevole, in quanto la malattia, che inizia nella infanzia o tutt'al più nell'adolescenza, tende ad arrestarsi spontaneamente all'inizio dell'età adulta. Esistono però dei casi eccezionalmente gravi e ad evoluzione estremamente rapida come uno di Leri, cui accenno. Si tratta di un soggetto di 31 anni, colpito nel 1925 da dolori agli arti inferiori. Curatosi come un reumatico senza alcun risultato, in breve non fu più in grado di stare in piedi e in questo stato entrò nel reparto di Leri. Ivi gli fu riscontrato radiologicamente, accanto all'integrità del cranio, all'assenza di cisti e tumori, solo presenza di larghe intaccature sulla superficie delle ossa lunghe e diffusa decalcificazione ossea che dopo qualche mese si è così aggravata che i femori si sono resi invisibili ai raggi X. Esclusa la lues anche mediante una cura che non ebbe alcun risultato, fu eseguita una biopsia, che dimostrò il reperto anatomico di m. di Recklinghausen: diagnosi poi confermata da due fratture patologiche, che si verificarono all'omero e al femore S.

Questo caso dimostra come questa malattia possa talora continuare ad evolversi anche oltre i 30 anni assumendo una tale gravità da immobilizzare e perfino disossare un uomo.

Anatomo-patologicamente la malattia si distingue per la presenza di masse ossee neoformate piene o cistiche poste sia all'esterno che all'interno di ossa normali o di aspetto poroso. Microscopicamente è caratterizzata dalla progressiva scomparsa delle travate del tessuto osseo fondamentale e dalla trasformazione fibrosa (cirrosi) del midollo in cui si notano abbondanti mieloplassi.

Siccome tale reperto anatomico concorda con quello del m. di Paget e della leontiasi ossea, anatomicamente si può pensare che queste tre malattie costituiscano tre varietà di una stessa forma morbosa. Ma la clinica si oppone a questo modo di pensare dimostrando le diversità che esistono fra queste tre malattie ed anzi aggiunge che si esagera nel volerle riunire solo in base al reperto anatomico della cirrosi ossea, la quale è in fin dei conti come tutte le cirrosi la espressione di una banale reazione. Infatti la m. di Recklinghausen è una malattia della giovane età, generalizzata, che si arresta di solito all'età adulta e si caratterizza per lesioni ossee cistiche e tumorali che prediligono il cranio e le cinture pelvifemorali e scapoloomerali. La m. di Paget è una malattia di solito della età avanzata, che colpisce il cranio e non la faccia, in modo generalmente regolare e che ipertrofizza ed incurva in modo uniforme le ossa degli arti. Infine la leontiasi ossea colpisce la faccia ed è caratterizzata da masse ossee dense e compatte simmetricamente disposte.

L'etiologia è sconosciuta. Si sa solo che la malattia colpisce la prima infanzia. È stata invocata la lues sia perchè di frequente si è trovata negli antecedenti degli infermi, sia perchè le cure specifiche hanno dato dei lievi miglioramenti ma con ciò non si può affermare che questa malattia sia sifilitica. Tutt'al più si può pensare che essa sia indirettamente per la via sanguigna una conseguenza della lues.

È più facile pensare che la malattia si svolga come conseguenza di osteomieliti più o meno attenuate o sconosciute: concetto questo, che concorderebbe col fatto di veder spesso insorgere tale malattia subito dopo delle malattie infettive. E a questo punto Leri emette l'ipotesi che questa osteite non possa essere infine che l'esito banale di una serie di diverse affezioni interessanti lo scheletro sia direttamente che indirettamente, attraverso turbe del metabolismo.

In questi ultimi anni infine si è ricercata nelle ghiandole endocrine la causa della malattia e specialmente le paratiroidi sono state incriminate: cosa questa che apre nuovi orizzonti al trattamento di questa malattia.

La cura è negativa. Di scarso significato è la cura specifica antiluetica.

Si è pensato al trattamento calcico, ma questo sarebbe solo giustificato nel caso che la decalcificazione ossea fosse conseguenza di un difetto di Ca nel sangue. Ed invece le esperienze hanno dimostrato che la calciemia è sempre più o meno aumentata. Si tratta perciò non di difetto di Ca, ma di difetto di fissazione del Ca, per favorire la quale si sono provati l'adrenalina, i raggi ultravioletti, e le sostanze irradiate, ma senza risultati.

Mandl invece tenendo presente che le paratiroidi avrebbero funzione di fissatrici del Ca ha sottoposto un infermo ad iniezioni di estratto paratiroideo e all'innesto intraperitoneale di paratiroidi, ma senza alcun risultato favorevole. Dopo tale insuccesso, seguendo l'esempio di MacCallum e Vogtlin, che con la paratiroidectomia ottenevano una diminuzione della calciemia, intervenne in un altro caso asportando un adenoma paratiroideo e ottenendo un considerevole miglioramento; e come lui anche Gold in un altro caso.

Questi ultimi risultati benchè ancora troppo esigui pur tuttavia giustificano l'atto operatorio nei casi gravi e a rapida evoluzione.

R. LIBERTI.

Le osteiti del tavolato interno del cranio e la diagnosi radiologica della sifilide.

(LERI e COTTENOT. *Le Bull. méd.*, n. 23, 1929).

Gli AA. richiamano l'attenzione sulle lesioni craniche della lues. Esse rivestono il carattere di gomma-ulcerazione-iperostosi.

Di solito siamo abituati a vedere tali lesioni a carico del tavolato esterno del cranio. Ivi infatti le iperestesie negli eredoluetici sono dette osteofiti dei neonati, negli adulti osteomi. Le gomme e le ulcerazioni rientrano invece nei quadri della sifilide necrosante del cranio.

Ma ben più importanti di queste sono le lesioni che si svolgono spesso indipendentemente dalle precedenti a carico del tavolato interno. Da qui tutta l'importanza di un esame radiologico accurato, che solo può dimostrare l'esistenza o meno dei quadri tipici di lues del tavolato interno. Tali quadri sono tre tipici e un quarto atipico.

1) La gomma, che si presenta come una macchia arrotondata, opaca, a bordi sfumati, sporgente ad un tempo verso l'interno e verso la diploe;

2) L'ulcerazione, che di faccia si presenta come una chiazza chiara a bordi netti, di profilo, a seconda della sua profondità, come un assottigliamento del tavolato interno o come una distruzione di questo e spesso anche della diploe e talora anche del tavolato esterno. Più ulcerazioni possono così dare alla volta cranica, di profilo, un aspetto più o meno regolarmente festonato;

3) Le iperostosi si presentano come masse o isolate o riunite in una cresta opaca dai contorni netti, che sporge nel cranio. Benchè di solito colpiscano le regioni fronto-parietali e la linea mediana, talora sono disseminate come digitazioni, che rinforzano a zolle la opacità cranica;

4) L'ispessimento generalizzato della volta cranica.

Tutta l'importanza di questi quadri radiologici si dimostra quando si pensi che mediante tali segni si possa impiantare diagnosi di sifilide, che invano si era ricercata coll'anamnesi, coll'esame obbiettivo e con le ricerche sierologiche. Infatti mediante questa indagine gli AA. hanno posto la diagnosi di lues ed hanno guarito, in genere con trattamento bismutico, crisi epilettiche sia generalizzate, sia a tipo jacksoniano comparse in taluni nell'infanzia, in altri più tardi; cefalee ribelli, continue e discontinue, talora a carattere emicranico; turbe parestesiche e paresi a tipo mono- ed emiplegico.

R. LIBERTI.

SISTEMA NERVOSO.

La pressione normale del liquido cefalo-rachidiano.

(NICHELATTI. *Annali Ottalmologia e Clinica Oculistica*, ottobre 1928).

La determinazione della pressione del liquido cefalo-rachidiano ha un valore semeiologico di notevole importanza, che va sempre più riconoscendosi a misura che si precisa la pressione fisiologica o normale.

Con l'introduzione del manometro Claude, che con la modificazione di Ajala, rappresenta il migliore strumento per tale misurazione, si sono eliminati la maggior parte di errori tecnici.

Tuttavia le cifre date dai vari autori circa la pressione normale sono molto varie e discordanti, che in parte si devono a varianti individuali e per la maggior parte a circostanze la cui importanza non era stata adeguatamente riconosciuta.

La pressione in effetti varia con la posizione del corpo e della testa, con le modificazioni circolatorie e respiratorie, con i movimenti, con la tosse, con le grida, ecc.

Ma anche in asserite identità di condizioni e senza alcuna causa apprezzabile di perturbamento, le cifre date dai vari autori sono molto dissimili.

Claude, Quincke, Richet, Fontecille e Sepulveda ritengono come normale la pressione presa in posizione orizzontale quando oscilli tra 10-15 cm. di acqua, mentre Lamache, Cottin, Saloz e Barre nella stessa posizione trovarono normale la pressione a 15-25-30 cm. di acqua. In posizione seduta le variazioni di opinione sono ancora più accentuate: dai 20-25 di Claude, Fontecille, Richet ecc., si arriva a 40-42 di Bard, Cottin, Saloz e Barré e Mingazzini e persino ai 72 cm. di acqua di Pisani e Balduzzi.

È da osservare che tali discordanze debbono attribuirsi in parte al fatto che le misurazioni non furono sempre fatte in soggetti normali ed in posizione orizzontale e seduta senza tener conto del grado di flessione del corpo e della testa e senza accennare nella posizione seduta, il grado di inclinazione del tronco e della testa.

L'A. ha fatto misurazioni su individui previamente accertati come normali e sani e sempre eseguite di mattina nelle seguenti posizioni: testa e tronco leggermente flessi, testa e tronco completamente eretti, decubito orizzontale sul fianco destro con testa allo stesso livello del corpo.

In base ai reperti ottenuti l'A. è venuto alle seguenti conclusioni:

1) La pressione normale del liquido cefalo-rachidiano presa alla sede di elezione della puntura lombare è in rapporto strettissimo con la posizione del soggetto variando in seguito a spostamenti anche piccoli dello stesso entro i limiti seguenti:

a) posizione orizzontale del tronco, collo e testa: 10-20 cm. di acqua;

b) posizione seduta: tronco e testa leggermente flessi: 22-41 cm. di acqua;

c) posizione seduta: tronco e testa eretti: 43-54 cm. di acqua.

L'influenza della posizione dell'esaminando sul reperto manometrico è particolarmente sensibile nella posizione seduta a testa e tronco flessi, in quanto che basta una leggera variazione della flessione per far variare la pressione di parecchi cm. di acqua.

Dalla posizione di massima flessione a quella eretta, tale differenza può essere persino di 32 cm. Perciò i valori ricavati da punture eseguite in tale posizione hanno un valore molto relativo; non ne hanno poi alcuno se ripetute a scopo comparativo perchè è impossibile riprodurre ogni volta la posizione precedente.

Le divergenze dei vari sperimentatori in merito al valore della pressione del liquido cefalo-rachidiano, che sono piccolissime per i valori della posizione orizzontale e massime per quelli della posizione seduta, sono in parte dovute al diverso grado di flessione del tronco e del capo.

In conseguenza la valutazione manometrica avrà valore effettivo solo se eseguita in posizioni determinate e facilmente comparabili quali sono quella orizzontale e quella seduta a tronco e capo completamente eretti. È ovvio che riportando le cifre della tensione si dovranno ben precisare le condizioni nelle quali sono state raccolte.

2) La pressione aumenta notevolmente se l'ammalato grida, si agita o mette comunque in azione gruppi muscolari; oscilla da individuo a individuo e senza regole e rapporti costanti durante ampi movimenti respiratori. Anche in seguito a colpi di tosse subisce un aumento vario per poi tornare subito al livello normale.

3. Le variazioni non brusche della pressione atmosferica non influiscono in modo apprezzabile sui valori manometrici della pressione del liquor perchè questa si equilibra con quella.

4) I disturbi accusati dagli individui esaminati alcune ore dopo la rachicentesi sono dovuti a ipotensione del liquor per il fatto che il foro prodotto dall'ago nella dura madre rimane per alcun tempo beante e si ha quindi una dispersione del liquido che può continuare anche per alcuni giorni.

Dr.

Liquido cefalo-rachidiano e temperatura del corpo.

(A. Gordon. *Revue Neurologique*, luglio 1929).

L'A. ha studiato il comportamento della temperatura in seguito alla puntura lombare in 250 individui.

Il gruppo degli adulti comprendeva 25 casi di emiplegia, 5 d'ipertensione endocranica, 17 di epilessia, 10 di meningite, 40 di psiconeurosi varie, 12 di psicosi maniaco-depressiva, 10 di mielite trasversa, 20 di tabe, 40 di cefalea sifilitica, 4 di demenza precoce. Il gruppo dei bambini comprendeva 10 casi di meningite, 15 di arresto di sviluppo mentale, 20 di epilessia e 5 di morbo di Little.

Negli adulti la temperatura cominciava a salire per lo più dopo cinque minuti dalla puntura e solo in qualche caso dopo 30 minuti. Continuava a salire per tre ore e poi ridiscendeva gradatamente fino a tornare normale. L'ipertermia massima era di due gradi, la minima di mezzo grado, ed era proporzionale alla quantità di liquor estratto. Nei casi febbrili l'aumento di temperatura era più accentuato. Nei casi d'irritazione meningea nei quali dopo la sottrazione del liquor si faceva seguire l'iniezione nel canale rachideo di una eguale quantità di soluzione fisiologica la temperatura invece di elevarsi si abbassava. La puntura ventricolare era seguìta da un'ipertermia più rapida e più accentuata.

I fatti rilevati consentono di affermare che esiste una relazione fisica tra liquido cefalo-rachidiano e temperatura del corpo, e che il liquor stesso ha rapporti con un centro termico.

L'esistenza di questo centro in prossimità del pavimento del terzo ventricolo è stata sperimentalmente dimostrata.

Se si considera la relazione intima tra gli spazi contenenti liquido cefalo-rachidiano e particolarmente nell'interno del cervello, e la relazione del canale rachidiano con il terzo ventricolo, ossia se si considera la comunicazione anatomica tra i ventricoli laterali con il terzo ventricolo attraverso il forame di Monroe, del quarto con il terzo ventricolo attraverso l'acquedotto di Silvio, del quarto ventricolo con la cisterna magna attraverso i forami di Magendie e di Lushka e della cisterna direttamente con il canale rachideo; se si considera infine che la cisterna magna è uno spazio verso il quale corre il liquor da tutte le direzioni del cervello, si deve concludere che un perturbamento meccanico del liquido cefalo-rachidiano a qualsiasi livello provocherà un disordine meccanico nelle altre parti.

Le pareti dei ventricoli sono le sole parti del sistema nervoso centrale, e là il liquor trovasi a contatto diretto con il parenchima nervoso. E quindi uno squilibrio meccanico del

liquido provocherà un'eccitazione delle pareti ventricolari e quindi anche del centro tèrmico, localizzato, come si è detto, in prossimità del pavimento del terzo ventricolo.

DR.

Ricerche sperimentali e cliniche del liquido cefalo-rachidiano.

(SOREL. *Thèse de Toulouse*, 1929).

L'A. ricorda le condizioni in cui deve essere praticata una manometria rachidiana, e le variazioni che subisce la tensione cefalo-rachidiana sotto l'influenza dei diversi fattori, sopratutto meccanici (compressione delle giugulari, ecc.). Così pure la tensione varia a seconda della posizione del soggetto e del punto della puntura: nella posizione orizzontale le cifre estreme al Claude, nei soggetti normali e qualunque sia la sede della puntura, sono di 9 e 25 cm.; nella posizione seduta, la pressione è tanto più elevata quanto la colonna di liquido situata al disotto dell'ago, è più alta.

L'A. studia in seguito i diversi tipi di ripristino della pressione dopo sottrazione di liquido, che di regola avviene in 30-60 minuti a volte in modo lento, a volte seguìto da ipertensione.

Per quanto riguarda i rapporti tra pressione arteriosa e tensione cefalo-rachidiana, l'A. conclude che allo stato statico, i due fattori hanno ciascuno una grande indipendenza. In particolare, salvo rare eccezioni, un iperteso arterioso ha la tensione rachidea normale, così — e si concepisce l'interesse semeiologico di tale constatazione — in presenza di una duplice ipertensione (arteriosa e rachidea) quest'ultima deve essere il più spesso considerata come di ordine neurologico.

In seguito l'A. ha esaminato i rapporti dei due elementi allo stato dinamico. Il punto veramente saliente di questo studio concerne la elevazione parossistica della pressione arteriosa, sia nell'uomo durante le crisi ipertensive, sia nell'animale in seguito ad iniezioni intravenose di adrenalina. Il parallelismo delle due tensioni è interessante. Quest'ipertensione cefalo-rachidiana consecutiva all'ipertensione arteriosa, l'A. la spiega con una vasodilatazione passiva del cervello e non con un aumento del liquido cerebro-spinale.

In 9 casi di blocco totale o parziale degli spazi sottoaracnoidei, l'A. ha poi eseguito delle grafiche che rappresentano le curve tensionali registrate da due manometri, situati uno sopra e uno sotto la compressione midollare.

La prova delle giugulari di Queckenstedt e lo studio del ripristino, costituiscono due prove di applicazione pratica, facili al letto del malato e che debbono sempre precedere l'esplorazione con il lipiodol.

A. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. PHILIBERT. *Manuel de bactériologie médicale.* Masson ed., pag. VI-424 e 17 tavole a colori, 1928.

In questo nuovo manuale di batteriologia clinica vengono illustrati con chiarezza ed equilibrio i principali microbi patogeni per l'uomo, e si espongono i procedimenti per la loro ricerca ed identificazione nei prodotti patologici.

Assai comprensibile risulta, anche a chi sia nuovo all'argomento, il capitolo della determinazione del pH nei terreni di cultura; notevole ci è apparso il capitolo dei virus citotropi, e del bacteriofago; mentre forse un po' troppo breve è la parte sierologica, specie per quello che riguarda le reazioni di flocculazione, di cui l'autore non descrive che quella di Dujarric de la Rivière e Gallerand.

Tuttavia il libro ci sembra quanto mai adatto al principiante; e crediamo che possa anche molto utilmente figurare sul tavolo del laboratorio.

Ventun belle tavole a colori ne aumentano notevolmente il valore didattico.

SABATUCCI.

HAUDUROY P. *Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes.* Masson et C., Paris, 1929. Fr. 40.

Come afferma l'A. nella introduzione, gli argomenti trattati rappresentano il complesso di ricerche assolutamente moderne, ricerche che hanno aperto una nuova via particolarmente interessante agli studi della bacteriologia. Ma occorre mantenere ben distinti i due concetti di ultravirus ossia di microbi capaci di attraversare la parete di filtri di membrana di collodio e quello di forma filtrabile di microbi che sino a pochissimo tempo fa erano conosciuti soltanto nella loro forma comune non filtrabile. Sulla base di questa distinzione l'A. divide questo suo volume in due parti, nella prima tratta degli ultravirus propriamente detti, nella seconda delle forme filtrabili dei microbi. Raccoglie così nella prima parte quanto si conosce sulle malattie da ultravirus dei germi, delle piante, degli insetti, dei pesci, degli uccelli, dei mammiferi, quanto è risultato dai più moderni studi sui caratteri fisici degli ultravirus, sulla loro morfologia, sulle loro culture, sulla immunità nelle malattie da essi determinate. Nella seconda parte sono trattati i germi visibili e filtranti con particolare riguardo al germe della grippe, alle forme filtranti delle spirochete, alle forme filtranti del bacillo tubercolare. Inoltre l'A. tratta della tecnica di studio di queste forme filtranti, sottopone a severa critica i risultati delle esperienze finora compiute, e si sofferma sul problema del potere patogeno di dette forme filtranti.

Questo volume di alta attualità e di notevole interesse scientifico sarà accolto con pieno favore dai bacteriologi e dagli studiosi tutti.

TRENTI.

DELATER et GRANDELANDE. *Nouveau précis de Bactériologie.* Gauthier et Villars ed., 1928, pag. XII-551, 21 tavole a colori fuori testo. Fr. 55.

È un manualetto scritto da due direttori di laboratorio delle scuole odontoiatrica e odontotecnica di Parigi: la materia è suddivisa in un primo gruppo di dieci lezioni, in cui sono trattati i caratteri generali dei microbi, e il conflitto microbo-organismo vivente, lucidamente e genialmente analizzato; e in un gruppo di undici lezioni di lavori pratici, ridotte esclusivamente a tavole sinottiche e a tavole colorate.

Ci sembra un po' poco per il principiante digiuno di tutto: mentre crediamo che il libro possa essere molto utile a chi, già conoscendo la materia, voglia ritrovarla condensata in piccolo spazio.

Tuttavia il libro è raccomandabile; le figure, per quanto non felicissime come riproduzione di colori, sono chiare e didatticamente efficaci, sopratutto quelle che sintetizzano alcuni procedimenti di tecnica. SABATUCCI.

PRUNELL A. *La Serohemofloculacion en el Diagnostico de la Sifilis.* Montevideo, A. Hnos, 1928.

L'A., basandosi sulle modificazioni fisicochimiche del siero luetico e sulla proprietà dimostrata che l'aggiunta di siero di individuo non luetico ad un siero luetico può inibire l'emolisi provocabile da una soluzione acetica all'1/500, espone la tecnica della reazione da lui proposta e la sua applicazione pratica alla sierodiagnosi della sifilide. Dai risultati finora raccolti pare che la reazione di Prunell concordi con la reazione di Wassermann nel 90 % dei casi. La stessa tecnica è stata dall'A. impiegata per la sierodiagnosi della tubercolosi e per quella del tifo. Nuove reazioni che si aggiungono a quelle già conosciute e che non apportano modificazioni alle conclusioni ed ai risultati finora con queste ottenuti.

TRENTI.

DEMANCHE R. *Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis.* Parigi, G. Doin, 1928. Fr. 14.

È un breve compendio di tecnica serologica che in 120 pagine raccoglie tutte le reazioni che sono state proposte per la sierodiagnosi della sifilide. In una prima parte espone tutti i vari metodi basati sulla emolisi, nella seconda le varie reazioni di flocculazione. In un capitolo a parte riunisce le reazioni colloidali del liquido cefalo-rachidiano; da ultimo nelle conclusioni dà alcune norme critiche per la interpretazione dei risultati delle varie reazioni. TRENTI.

HIRZFELD L. *Konstattutionsserologie und Blutgruppen forschung.* Berlino, J. Springer, 1928. Mk. 18.

La presente pubblicazione dell'Hirzfeld di Varsavia è una più ampia e dettagliata esposizione di quanto l'A. già trattò in una monografia degli « Ergebnissen der Hygiene ». Egli dedica questo suo lavoro non soltanto ai medici, ma ai biologi ed agli antropologi poichè l'argomento di una individuale costituzione serologica è d'alto interesse per tutti. L'A. parte dallo studio dei gruppi sanguigni per passare poi allo studio delle varie razze umane dal punto di vista serologico riportando tutte le ricerche compiute dai vari autori nei diversi paesi e soffermandosi in modo particolare allo studio del problema delle iso- ed autoagglutinazioni.

Da ultimo l'Autore si occupa della importanza dei gruppi sanguigni in patologia, e di fondamenti teoretici della serologia costituzionale.

TRENTI.

MARANELLI L. *Neozolfoterapia.* Vol. III, Milano 1929. Istituto Editoriale Cesalpino. L. 20.

È il terzo volume di contributo sul valore metabolico e terapeutico dello zolfo. Abbiamo già dato notizia della pubblicazione dei due precedenti volumi che con quest'ultimo formano un complesso di ricerche e di indagini che mettono sempre più in luce l'importanza biologica dello zolfo.

La nota del Maranelli, con la quale si inizia il libro, costituisce una trattazione completa di quanto si conosce dello zolfo e rende più intelligibili le monografie successive.

DR.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXV Congresso di Medicina Interna.

(Continuazione; vedi numero precedente).

Seduta antimeridiana del 24 ottobre.

Presidenza: QUEIROLO.

Le splenomegalie emolitiche.

Prof. F. MICHELI (Torino).

Conclusioni.

L'O., dopo aver passato in rassegna i principali caratteri d'ordine ematologico, biologico e biochimico atti ad accertare la natura emolitica delle anemie, ha proceduto ad un'opera di divisione e sistemazione delle splenomegalie emolitiche.

Le divide in *splenomegalie emolitiche primitive*, nel senso di splenomegalie emolitiche sostenute da fattori endogeni costituzionali o da cause ignote, e in *splenomegalie emolitiche sintomatiche*.

Le prime assai più importanti e degne di essere considerate più particolarmente perchè, in ragione appunto della mancanza di nozioni etiologiche, di più delicata e difficile sistemazione.

Nel campo delle splenomegalie emolitiche primitive considera partitamente, nei loro caratteri clinici, ematologici, biologici, citopatologici, le seguenti forme:

1) Splenomegalia emolitica costituzionale tipo Minkowski-Chauffard;

2) Anemia emolitica con cellule falciformi;

3) Splenomegalia emolitica con ovalocitosi e poichilocitosi;

4) Splenomegalia (anemia) emolitica con emoglobinuria-emosiderinuria tipo Marchiafava;

5) Splenomegalia emolitica con anemia perniciosa;

6) Splenomegalie emolitiche con anemia perniciosiforme.

Le splenomegalie emolitiche sintomatiche non sono considerate a parte, la loro individualità risultando assai più che dal tipo emolitico dell'anemia dal fattore etiologico o altri momenti clinici e anatomo-patologici del quadro morboso. Solo alcune quindi sono accennate che possono in qualche caso rivestire più da vicino il quadro della splen. emol. costituzionale, quali l'anemia splenomegalica melitococcica, l'anemia splenomegalica da endocardite lenta.

Terminata la relazione del prof. Micheli, il Presidente dichiara aperta la

Discussione sulla Relazione.

BASTAI P. (Modena). — Riferisce sommariamente di un caso di ittero emolitico splenomegalico apparentemente sporadico, in realtà ereditario, e anzi di questo punto di vista singolarmente interessante. Si tratta di un giovane di diciotto anni che da circa tre anni presenta anemia spiccata, manifesto subittero e splenomegalia, con crisi di deglobulizazzione ricorrenti. Ha tre fratelli che si presentano in buono stato di salute, non anemici, non itterici, senza ingrandimento della milza. La madre e la nonna materna ugulmente in condizioni di normalità. Ma all'esame ematologico invece, sia nei tre fratelli che nella madre e nella nonna, risulta una diminuzione notevolissima della resistenza globulare e spiccatissima la caratteristica microcitosi e presenza di reticulociti ecc. per cui si può affermare con tutta certezza la esistenza in tutti della diatesi emolitica. Avendo estese le ricerche anche in consanguinei in linea paterna (il padre è morto in guerra) è risultato che di due fratelli del padre uno presenta evidentissimi i segni della diatesi emolitica sopra ricordati. Certamente la presenza della malattia, intesa come diatesi ereditaria, in tutti i quattro fratelli, poteva essere intesa come derivata esclusivamente dalla madre (malata) essendo perfettamente possibile che il carattere di uno dei genitori si trasmetta a tutti i figli, ma questa possibilità diventa fatalità quando lo stesso carattere ereditario sia posseduto da tutti e due i genitori. Data la presenza della diatesi emolitica anche dal lato paterno è grandemente probabile che anche il padre possedesse questo carattere e perciò nel caso in questione la presenza della diatesi ereditaria in tutti i figli doveva riuscire fatale. Da questo punto di vista, a quanto è a sua conoscenza, il caso in questione sarebbe il primo segnalato della letteratura. In conclusione un caso apparentemente sporadico di anemia emolitica con splenomegalia è dunque risultato squisitamente ereditario. Bisogna perciò andare estremamente prudenti nel dichiarare sporadici i casi apparentemente isolati, e sempre, quando si voglia chiarire la questione, nei singoli casi è necessario esaminare sistematicamente tutti i famigliari sia in linea paterna che materna. Di fronte al concetto che all'origine dei casi sporadici, quando anche potessero risultare realmente tali, stia un fenomeno di mutazione, come è stato supposto da Nageli, l'O. è molto scettico, ed espone varie considerazioni che fanno ritenere questa ipotesi, almeno per quel che riguarda il problema in questione, piuttosto inverosimile che probabile.

GAMMA C. (Siena). — Nella sua relazione magistrale l'illustre Maestro, il Prof. Micheli ha toccato un punto interessante, quello del rapporto tra tumore di milza infettiva e anemia emolitica. Poichè a questo punto si riferiscono le osservazioni che l'O. avrebbe voluto presentare sotto forma di comunicazione al Congresso, crede meglio farne qui un breve cenno.

Tale rapporto è evidente in molti casi ed è nel senso di un certo parallelismo fra tumore di milza infettivo da una parte e intervento e grado di anemia emolitica d'altra parte, con tutte le sue caratteristiche espressioni nel reperto ematologico e nei dati del ricambio emoglobinico. Si tratta, di solito, di processi infettivi subacuti o cronici, nel materiale dell'O. di sepsi streptococciche della forma lenta, di infezione luetica, ed anche di febbre maltese.

Con questo non si vorrebbe attribuire senz'altro, con concetti troppo semplicisti, l'iperemolisi direttamente ad un'esagerata funzione della milza. Il tumore di milza non è che l'esponente clinico più evidente, più facile ad apprezzare della

condizione patologica di tutto l'apparato emolitico, come dimostrano molte ragioni che non è qui il caso di elencare e lo studio della splenomegalie emolitiche, in particolare dell'ittero emolitico costituzionale.

Un altro fatto accompagna spesso una tumefazione stabile della milza per aumento delle sue polpa rossa, e cioè un certo grado di microcitosi. L'O. l'ha già descritta qualche anno fa nelle anemie luetiche, in ispecie in quelle a tipo clorotico: si osserva in questi casi una formula eritrocitometrica deviata a sinistra, che riproduce da vicino quelle caratteristiche dell'ittero emolitico costituzionale, da questa differente solo per esservi più largamente rappresentata qualche misura più grande insieme alle molte inferiori. L'ha pure constatata nell'endocardite lenta e recentemente ancora confermata in casi di sepsi subacuta con forte iperplesia splenica.

Come già allora aveva proposto, questa microcitosi può essere inserita tra gli effetti e le note caratteristiche di uno stato di ipersplenia, intendendo con questo nome l'aumento anatomico e funzionale del tessuto più strettamente specifico della milza, cioè della polpa rossa della milza, cui può aggiungersi quello, equivalente, delle ghiandole emolinfatiche, seppure non si debba dire dell'apparato eticolo-endoteliale.

Infatti la microcitosi manca quando l'aumento della milza ha altra natura, come la trasformazione leucemica, granulomatosa, ecc. o quando, come spesso accade, l'iperplesia pulpare è soverchiata da una sclerosi diffusa e progressiva.

L'O. non si sofferma qui sulla interpretazione genetica di questa microcitosi: secondo lui si può pensare o — trattandosi di un fenomeno in *minus* — che sia da inserire nel grande quadro d'inibizione che notoriamente l'iperfunzione splenica esercita sull'attività midollare, oppure — e l'interpretazione non contraddice ma integra la prima — che la microcitosi significhi una tendenza a protrarsi oltre i comuni limiti del ciclo vitale degli ecitrociti.

Ancora una osservazione importante: anemia emolitica e microcitosi, come effetti di ipersplenia, non sono affatto fenomeni associati nè tanto meno paralleli; anzi, come espessioni ematologiche essi hanno una larga indipendenza. Così si danno anemie emolitiche splenomegaliche senza microcitosi, ma ancora più spesso tumori di milza con microcitosi senza o con leggera iperemolisi.

I due fenomeni sono tuttavia forse legati tra loro da nessi genetici indiretti, come certi dati e certe osservazioni che noi andiamo raccogliendo lasciano supporre: anzi alcuni fatti lascierebbero pensare che aspetti e stadi diversi di un solo fenomeno fondamentale.

PENDE N. (Genova). — Il prof. Micheli raggruppando tutte le anemie splenomegaliche sotto la rubrica di splenomegalie emolitiche non deve aver inteso certamente con ciò di dare importanza essenziale al fattore *emolisi da ipersplenismo* in tutte queste anemie variabili per ematologia, per anatomia patologica e per etiologia. Oggi non può ritenersi dimostrato un ipersplenismo patologico emolitico, quale esagerazione di una funzione normale emocateretica della milza. La milza distrugge i globuli rossi vecchi o malati, non già i sani: e come può allora sostenersi che la milza iperfunzionante sia capace per sè, indipendentemente da fattori patologici eritrocitari primari, o di concorso di altri fattori emolitici (veleni emolitici) determinare un'anemia emolitica più o meno grave? Nella forma in cui l'emolisi è tutto, è il sintoma essenziale della sindrome, la forma di anemia emolitica con emosiderinuria tipo Marchiafava, non è in causa certo la milza. Nelle forme d'iperplasia sintomatica del reticolo endotelio che dovrebbe esagerare l'emocateresi, non v'è l'anemia come sintomo dominante.

Sperimentalmente l'O. ha potuto dimostrare con il suo assistente Prof. Bufano che le introduzioni per via rettale di notevole quantità di succo splenico in individui sani non determinano un quadro eritrolitico, ma un quadro in cui dominano ipercromia delle emazie, leucopenia, piastrinopenia, aumento di resistenza globulare, e nei casi in cui il trattamento è spinto, compaiono in circolo alcuni elementi che si possono, con riserva, riportare ad elementi megaloblastici basofili.

Quanto alla forma di anemia perniciosa dall'O. individualizzata come *anemia perniciosa splenomegalica per metaplasia mieloide subtotale*, questa sembra degna di essere mantenuta, poichè clinicamente ed anatomicamente essa non deve essere confusa, come alcuni hanno fatto, con *la mielosi splenica aleucemica*. Di qui la sua importanza clinica. Ricorda anche tra le splenomegalie con anemia e successiva cirrosi epatica, la così detta *splenomegalia egiziana*, in cui si vede più nettamente ancora che nel morbo di Basedow (a cui la forma anzidetta somiglia) come un *quid* morboso indovato nella milza possa determinare anemia ed in alcune forme di cirrosi, per un meccanismo che non è già l'iperfunzione splenica.

FRUGONI C. (Padova). — L'O. richiama ricerche eseguite nella sua clinica dall'assistente prof. Peserico che dànno dimostrazione diretta dell'attività emolitica della milza. Partendo dalle ricerche di Barcroft affermanti la doppia circolazione splenica (circolazione vascolare e della polpa questa abitualmente esclusa dal circolo generale, eccetto che quando interviene — per esigenze fisiologiche e patologiche dell'organismo — energica splenocontrazione), il Peserico ha sperimentato prolungata circolazione attraverso la milza con il dispositivo cardio-splenopolmonare di Starling. E ha osservato che le resistenze rimangono stabili e immutate anche dopo alcune ore di circolazione se la milza non è sottoposta a stimoli: mentre che si provocano contrazioni spleniche in guisa che il sangue anzi che ristagnare nella polpa vi circoli ripetutamente le resistenze globulari si mostrano abbassate.

Questo avviene anche nell'animale normale (animale o uomo) nel quale una adatta stimolazione adrenalinica determina pure abbassamento delle resistenze globulari a dimostrare e che il sangue ristagnante nella polpa presenta una riduzione più o meno marcata delle sue resistenze, sì che quando avviene la splenocontrattura questa immette in circolo emazie deteriorate e più facilmente emolizzate; e che la milza esercita funzioni particolari di livellamento delle resistenze globulari, mantenendo in condizioni normali

due diversi livelli per diversa isotonia fra sangue della grande e piccola circolazione da un lato e sangue delle lacune della polpa dall'altro.

Ne viene la dimostrazione e ammissione di particolari rapporti fra volume e capacità splenica ed emolisi.

Rifacendo analoghe ricerche di più o meno prolungata splenocontrattura in splenomegalici di varie categorie, Peserico nella clinica di Padova ha trovato che in genere anche in casi di cronica splenomegalia consegue la nota riduzione di volume della milza con iperglobulia secondaria e abbassamento delle resistenze globulari.

Non così invece avvenne in malati di splenomegalia emolitica in periodo di bassa isotonia, dacchè pur notandosi riduzione della milza e iperglobulia, mancò l'abbassamento delle resistenze globulari e il che dimostra che manca alla milza, in quelle fasi almeno, la proprietà di separare parte del sangue nella polpa, sequestrandola provvisoriamente come in compartimenti stagni.

È logico quindi supporre che nella splenomegalia emolitica costituzionale si ereditino anomalie spleniche per cui le lacune di Barkoft rimangano abitualmente aperte, sì da aversene anemia e abbassamento delle resistenze globulari per deterioramento di tutta la massa sanguigna circolante liberamente nelle lacune e che ne subisce l'azione deleteria ora lumeggiata. E invero in un caso di splenomegalia emolitica osservata in periodo di resistenze normali si ebbe la reazione adrenalinica abituale con provocata maggiore fragilità globulare, il che fa pensare che la permeabilità abnorme delle lacune di Barkoft sia nella splenomegalia emolitica intermittente, e che sia essa appunto che regola le oscillazioni del volume splenico, della fragilità globulare e delle corrispondenti oscillazioni del decorso della malattia. Ne viene tutto un complesso di fatti sperimentali e di cliniche osservazioni che documentano in maniera diretta nella splenomegalia emolitica l'intervento della milza sul processo dell'emolisi e che lumeggiano nuovi fatti nel difficile campo della fisiologia e patologia splenica.

GREPPI (Milano). — Trova sostanziale concordia di concetti con il relatore nei criteri di sistemazione delle anemie spleniche emolitiche per ciò che riguarda il predominio della funzione splenica nella patogenesi dell'anemia emolitica e il non provato carattere costituzionale, delle anomalie ematologiche (fragilità globulare e microcitosi). Insiste su argomenti indiretti e diretti che appoggiano l'esistenza di anemie spleniche emolitiche di natura *acquisita,* limitata al quadro clinico e funzionale, ma senza note familiari ed ematologiche (assenza di fragilità e di microcitosi): fra queste forme, caso per caso, si potranno trovare alterazioni ematiche diverse, ma sopra tutto frequenti sono le *sindromi perniciosiformi* in cui si assiste alla reale combinazione del fattore emopoiesi tipo pernicioso e del fattore iperemolisi splenica.

FERRATA A. (Pavia). — L'O., in pieno accordo col relatore e dissentendo su questo punto dal prof. Pende, è convinto che alla milza si debba mantenere la posizione centrale nel fenomeno dell'emolisi patologica. Inoltre ritiene che il gruppo della splenomegalie emolitiche sia sopratutto e sostanzialmente impersonato nella prima forma classificata, quella costituzionale tipo Minkowski-Chauffard. Ed anche riconosciuto che la varietà 2ª e la 4ª sono anemie sulle quali il fattore splenomegalia non è rigorosamente costante, trova esser ancora incerte per natura ed interpretazione la varietà con emazie falciformi, forma non nostrale, la varietà con ovalocitosi e poichilocitosi, ed anche la splenomegalia emolitica con emoglobinuria ed emosiderinuria tipo Marchiafava, tanto più che lo stesso Marchiafava tende ad attenuare notevolmente il fattore milza nella patogenesi della forma morbosa. Pensa anche che la splenomegalia emolitica con anemia perniciosa sia non semplice varietà, e non sempre a carattere spiccatamente cronico, dell'anemia perniciosa e come tale le spetti un raggruppamento nosografico con questa anzichè a fianco della splenomegalia emolitica costituzionale, della quale sono profonde e inconfondibili le differenze dell'anemia perniciosa. A proposito della quale l'O. ricorda come spesso vada confusa un'altra emopatia che pure se è ben distinta, la mielosi globale aplastica: di questa ricorda in breve le caratteristiche ematologiche ed anatomopatologiche, ed espone i risultati delle proprie numerose osservazioni personali.

CASTELLINO P. (Napoli). — Innanzitutto egli ha motivo di congratularsi vivamente con il Relatore, il quale — in questa nuova rielaborazione di un orgamento, così contrastato, quale quello delle splenomegalie emolitiche, cui ha già dedicato tanta messe di ricerche sue e della sua nobile scuola — ha imposto la questione della differenziazione clinica delle splenomegalie emolitiche entro canoni ancor più chiari che certamente rappresentano un nuovo argomento sulla patogenesi. Si compiace del pari col prof. Pende, rilevando quanto d'importante questi ha esposto col suo dire nelle osservazioni mosse al relatore. Deve aggiungere però, come, la questione della emolisi, coartata soltanto nell'ambito della fisiopatologia della milza, senza tener conto di tanti altri meccanismi emocitolitici, od emocateretici o meglio, secondo la sua opinione, emocatatonistici, resti tuttora angusta, ove non la si dilati nei grandi compensi, che nell'organismo essa trova, grazie ad altri apparati capaci di azioni antiemolitiche. E principalmente la funzione antiemolitica, regolata dal fegato all'unisono con le attività non meno importanti, che nelle complesse correlazioni indispensabili all'emopoiesi, il fegato esercita col midollo delle ossa.

Questa complessa quistione ha intimi legami con gli argomenti fondamentali sulla patogenesi dell'anemia perniciosa progressiva cui, secondo l'O. debbonsi riconoscere caratteri emolitici ed è perciò che i primi passi di quei gravi perturbamenti che portano all'anemia perniciosa vanno ricercati in anomalie morfologiche e deviazioni funzionali delle attività del fegato. Sono questi gli elementi che sollecitano la importanza della epatoterapia delle anemie, impostata alla luce di questa visione patogenetica su fondamenti biologici più sicuri, che non sono quelli ispirati da recenti tentativi degli autori americani: Whippe, Minot e Murphy, ecc. L'elemento fisiopatologico fondamentale dell'anemia va ricercato innanzitutto in una insufficiente evoluzione del fegato, la quale nell'emopatico riproduce stati, che, in condizioni fisiologiche, sono di un periodo antece-

dente dell'ontogenesi, dimodochè, entro una struttura più primitiva, la forma e la funzione restano impigliate e mal si delineano quelle correlazioni indispensabili con l'organo emopoietico per eccellenza: il midollo delle ossa, che nella maturazione completa dell'ontogenesi, è, senza dubbio, però sempre sotto il regime del fegato, la fonte suprema dell'eritropoiesi. Questa concezione, se si inquadra nello studio delle intime correlazioni morfologiche, fisiologicamente può esprimersi soltanto attraverso attività ormoniche del fegato.

A proposito di ciò l'O. non può fare a meno di rilevare come queste sue idee, le quali avevano già chiaramente riassunto il problema della patogenesi delle anemie perniciosiformi, primarie e secondarie, dettino la cura più appropriata nella epatoterapia, la quale non può intendersi come una semplice questione, di dieta perchè ricca di ferro ma come un qualche cosa di più complesso, che trova la sua spiegazione riconoscendo al fegato le proprietà ormoniche elettive che esso ha per l'eritropoiesi. Per queste ragioni egli aveva riconosciuto la necessità di somministrare il fegato crudo, destando l'unanime dissenso di coloro che nelle loro anguste visioni non avevano penetrato la profondità del suo pensiero biologico. Il silenzio doloroso dei connazionali, aggravato da qualche tentativo di plagio, lo ha rattistato profondamente, specie in un'ora in cui i valori intellettuali del nostro Paese tanto meritano di esser presi in considerazione. Ed è perciò che egli prima di esporre dalla tribuna del Congresso il suo rammarico e di rivendicare giustamente — più per la dignità del Paese che della sua persona — la priorità dell'epatoterapia ha sentito il bisogno di sottoporre a nuove indagini quelli che furono i risultati delle sue esperienze e che citiamo per sommi capi:

1) Che le attività ematopoietiche che il fegato assume nel secondo periodo della vita intrafetale vengono, giunto l'individuo alla nascita, assunte definitivamente in condizioni normali dal midollo delle ossa;

2) Che sottoponendo gli animali a modesti, ma ripetuti salassi alla Bizzozero (e coi quali egli in collaborazione col Salvioli, e poi in collaborazione col Torre, e dopo di essi i professori Foà e Carbone, avevano constatato dopo le anemie da essi provocate, una secondaria iperattività del midollo delle ossa, come lo dimostrava la presenza, tanto dentro il midollo che nel circolo di globuli rossi giovanissimi, nonchè il ritorno della milza alle manifestazioni dell'ematopoiesi embrionale che le è propria), non viene dato di poter constatare il ripristino della ematopoiesi epatica;

3) Che negli animali però così salassati, se non un vero ritorno del fegato alle iniziali e perdute capacità emocitopoietiche, in quanto nel suo tessuto non era possibile più rintracciare degli elementi (emocitoblasti definitivi ematoblasti della seconda generazione) che si presentano privi nel periodo della emocitopoiesi epatica della vita intrafetale, era però facile constatare, d'altra parte, un costante ed attivo ingrandimento della massa epatica;

4) Che iniettando nel peritoneo dei cani e dei conigli giovani degli estratti di fegato attinti da animali della stessa razza e della stessa taglia, e più ancora gli estratti di quei fegati che in seguito ai salassi in simili animali avevano subito il cennato ingrandimento, comparivano nel circolo elementi morfologici testimoni di una iperattività del midollo delle ossa, cioè forme di emazie le quali dimostravano come l'apparato emocitopoietico avesse risentito dalle iniezioni di detta polpa epatica impulsi ad una più fervida attività nella produzione dei globuli rossi, quale veniva testimoniata dal reperto di emazie in circolo con minutissime e polverulenti granulazioni basofile, con sostanza granulo-filamentosa di Foà e C. Demel, la maggior parte prive di nucleo, alcune poche con nucleo rotondo, a ruota di carrozza, spesso eccentrico, altre con residui nucleali;

5) Che trattando preventivamente gli animali con siero epatotossico o portando nella massa dei loro fegati profonde alterazioni con iniezioni di sostanze istolitiche e poi sottoponendoli a ripetuti salassi, non si riscontrava più da parte del midollo osseo questa medesima fervida reazione rigeneratrice che si otteneva spontaneamente dagli altri animali dopo avvenuto il salasso;

6) Che l'inizione agli animali di sangue attinto dalla porta non aveva alcun influsso stimolante di fronte alla eritropoiesi, mentre ne era adottata spiccatamente quella con sangue delle vene suepatiche;

7) Che l'iniezione agli animali di sangue suepatico o quella di estratto di fegato ha influenze spiccate nel diminuire quella attività mieloide della milza secondaria al salasso alla Bizzozero illustrata da questi e da Foà e Carbone e che la iniezione di sangue della vena splenica o di estratti splenici diminuisce l'attività emorigeneratrice del fegato secondaria ai salassi; sia limitando l'aumento della sua massa, sia agli effetti che esso provoca sul midollo osseo nella sua funzione compensatoria (antagonismo, adunque, molto chiaro tra fegato e milza nelle funzioni normoeritropoietiche);

8) Che l'iniezione di estratto di fegato di animale castrato ha poco effetto nella stimolazione del midollo osseo (correlazione epato-genitalica).

Da tutte queste investigazioni veniva sempre più rendendosi consistente l'ipotesi che organo regolatore della crasi e stimolatore delle attività emocitopoietiche del midollo delle ossa fosse il fegato, conservando esso dopo il periodo fetale se non più le attitudini a riparare alle perdite sanguigne mercè formazione propria delle cellule sanguigne, per lo meno il governo della emopoiesi condizionata e regolata dai suoi stimoli sul midollo osseo;

9) E che la ipermegalia epatica secondaria ai salassi si determinasse esclusivamente per una maggior influenza del fegato di fronte alle necessità vitali e non in causa di una maggiore attività autoctona del midollo osseo lo dimostrava il fatto che iniettando agli animali l'estratto di midollo osseo preso da animali sani o da animali previamente salassati, esso estratto sortiva di esito trascurabile di fronte alla riparazione del sangue;

10) La somministrazione di polpa di fegato crudo, attinto da animali sani (feto di maiale, capra, toro, vitello) svegliasse in tutti una rapida ripresa nella riparazione della massa sanguigna, la quale si conseguiva senza che nei soggetti trattati — diversamente da quanto riscontravasi negli individui sani sottoposti a forti salassi, senza alcun successivo trattamento terapico — fosse ri-

levabile un aumento della massa epatica, (evidentemente la somministrazione della polpa epatica eliminava come inutile la reazione ipermegalica abituale dopo i salassi;

Le esperienze furono eseguite sugli uomini e sugli animali somministrando estratti di fegato crudo di feto di maiale adulto, di toro, di capra, di vitello, e « *coeteris paribus* », i risultati rispondevano nella loro efficacia secondo questo ordine. Oltre a queste esperienze ne vennero eseguite altre fatte soltanto in animali, iniettando sotto cute o nel peritoneo il sangue attinto — come venne già più sopra anche riferito — da altri animali mercè il salasso in taluni della vena porta, in altri dalla vena suepatica e raccolto in matracci paraffinati, circondati di ghiaccio e contenenti estratto di teste di sanguisughe;

11) Era stato eziandio constatato come quante volte l'estratto veniva previamente sottoposto ad una temperatura oscillante sui 60° circa (e così del pari anche nel sangue del circolo sopraepatico) l'azione stimolatrice del fegato sortiva esito quasi nullo;

12) Altre esperienze furono anche eseguite iniettando nel peritoneo dei conigli, previamente salassati, degli estratti di fegato umano preso da individui morti per cirrosi epatica o da altri della prima combinazione deceduti per traumi, come, per traumi anch'essi deceduti, da individui della terza combinazione; la somministrazione della polpa epatica, nelle due prime condizioni, non permetteva riscontrare alcun beneficio, mentre nell'ultima, cioè quando gli animali salassati venivano trattati con estratto di fegati ipermegalici, la reintegrazione della crisi avveniva in modo più rapido ed intenso;

13) La impossibilità di determinare negli animali, sia mercè salassi spinti sino all'estremo compatibile con la vita, sia mercè intense azioni emolitiche, profonde modificazioni della crasi secondo tipi ematici caratterizzati da megalociti e megaloblasti, prima differenziazione degli emoistioblasti ed appartenenti al periodo preepatico, conduce l'oratore a ritenere i detti elementi come prodotti di una reazione degli apparati emopoietici funzionanti nel periodo preepatico;

14) Che il siero di sangue della vena splenica contiene anche fisiologicamente una quantità di emolisine superiori al sangue della circolazione generale;

15) Che il sangue delle vene sopraepatiche contiene una quantità minore di emolisine del sangue della vena splenica e della vena porta, le cui emolisine, inoltre, possono essere neutralizzate dal sangue sovraepatico;

16) Che iniettando alcune gocce di una soluzione di oleato di potassio nella milza di un animale, si riscontrano dopo alcun tempo nel sangue della vena splenica costantemente aumentate le emolisine. Questo esaltamento cospicuo della quantità di emolisine, come nell'esperimento precedente, è anch'esso neutralizzato, dall'aggiunta di sangue prelevato dalle vene sovraepatiche;

17) Che il siero dei tubercolotici contiene delle emolisine le quali vengono neutralizzate per aggiunta di colesterina, e specialmente di estratti di fegato;

18) Che la colesterina aggiunta al veleno del cobra, trattato con lecitina, diminuisce la sua attività emolitica fino anche a sopprimerla senza però modificarne la sua capacità neurotossica;

19) Che le sostanze emolizzanti, non tanto provocano le anemie secondarie agendo sui globuli rossi circolanti, quanto piuttosto sugli organi ematopoietici;

20) Che il veleno del cobra analogamente alle sostanze emolizzanti ha, negli animali, splenectomizzati, una funzione emolitica minore che negli animali di controllo;

21) Che gli estratti di milza ottenuti da animali trattati con sostanze emolitiche esercitano un'azione emolitica più intensa;

22) Che estraendo dalla milza la lecitina col metodo di Erlandens ed aggiungendola ad una soluzione di saponina neutralizzata nella sua azione emolizzante dalla colesterina, questa saponina riprende le sue proprietà emocitolitiche e che quindi nel meccanismo dell'azione anemizzante della tocsilecitina e dell'anchilostoma, come del veleno del cobra, come nei lipoidi emolitici, deve tenersi in gran conto l'influenza dell'attivatore.

Queste indagini formano tuttora oggetto di ricerche nella sua Clinica.

Conclude il suo discorso rivolgendo un caldo saluto ai due vecchi maestri Maragliano e Queirolo ed esprimendo un rimpianto per quell'aula e quella scuola genovese che raccolse lui insieme con gli altri intorno alla grande guida di Edoardo Maragliano e che tra pochi giorni non echeggerà più delle parole e del pensiero di coloro che proseguendo le nobili tradizioni della scuola continuano l'insegnamento della Clinica.

(*Continua*).

XXXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Genova, 23-26 ottobre 1929.

(*Continuazione; vedi numero precedente*).

Seduta antimeridiana del 24 ottobre.

Presidenza: Prof. G. TUSINI.

Comunicazioni inerenti al precedente tema di relazioni.

RAFFO V. (Genova). — *Le inalazioni di CO_2 nella profilassi e nella terapia delle complicanze postoperatorie.* — Queste inalazioni per la loro innocuità, semplicità, energia si impongono nella profilassi delle complicazioni postoperatorie, specie dopo le anestesie per inalazione. Rappresentano il più energico e sicuro trattamento d'urgenza nelle asfissie nel corso di anestesie per inalazioni e contemporaneamente si dimostrano utili nella terapia delle complicazioni bronco-polmonari e influenzano benevolmente le altre complicazioni postoperatorie: depressione cirrolatoria, cefalea, nausea, vomiti.

RAFFO V. e SANTUCCI G. (Genova). — *Azione del narcilene e dell'avertina sull'apparato cardiovascolare.* (*Ricerche cliniche sperimentali*). — Hanno osservato durante la narcosi narcilenica aumento della pressione arteriosa, in quella rettale con l'avertina, ipotensione. Con i due tipi di anestesia si ha bradicardia molto più spiccata con l'avertina. L'indagine elettrocardiografica non dimostra alterazioni. Ricerche sperimentali depongono per una forte partecipazione dei due segmenti del sistema neuro-vegetativo nel deter-

minismo delle modificazioni della pressione arteriosa e del polso che si hanno durante la narcosi narcilenica ed avertinica.

MAZZACUVA G. (Genova). — *Contributo allo studio delle modificazioni nella velocità di sedimentazione e di coagulazione e nel contenuto di fibrinogeno del sangue dopo interventi chirurgici in narcosi narcileniche ed avertiniche.* — Ricerche eseguite su operati in narcosi narcilenica e in narcosi avertinica. Mentre il narcilene provoca una diminuzione di lieve grado di tutti i valori descritti, la narcosi avertinica produce profonde alterazioni delle proprietà stesse esponendo a pericoli nel periodo postoperatorio.

CAZZAMALI P. (Milano). — *La glicemia nella narcosi coi gas (etilene e protossido d'azoto).* — Ha seguito la curva glicemica in circa 50 narcosi a gas. Per l'etilene: subito dopo l'operazione aumento del 31 % con acme fra la 2ª e 4ª ora. Il protossido dà rialzi meno intensi. Nell'etere l'aumento è inferiore con differenze del 20 % in più dell'etilene.

POZZI G. (Milano). — *Tempo di emorragia e di coagulazione. Resistenza globulare e potere complementare nella narcosi coi gas.* — Il tempo di emorragia diminuisce in tutti i tipi di anestesia. Il tempo di coagulazione aumenta dopo l'anestesia con etere o cloroformio, diminuisce dopo l'anestesia con etilene e protossido d'azoto, rimane pressocchè invariato dopo anestesie locali. La resistenza globulare è sempre invariata. Il potere complementare non varia.

UFFREDUZZI e GIANNOTTI (Torino). — *Considerazioni generali sulla narcosi con gas e presentazione di un nuovo apparecchio.* — Presentano un nuovo apparecchio per narcosi con gas e per narcosi ossigeno-etere. Riferisce di aver usato l'apparecchio in 25 casi con protossido e 15 casi con etere-ossigeno. Conclude auspicando una maggiore diffusione della narcosi con i gas.

FASANO (Asti). — *L'anestesia nella pratica chirurgica.* — Presenta un tipo di maschera da inalazione che si può preparare estemporaneamente con una striscia di garza ripiegata a parecchi doppi. Il tutto viene arrotolato a mo' di cilindro, le estremità della garza introflesse nel cilindro. Questa maschera ha parecchi vantaggi, il più importante quello di poter ricambiare la maschera ad ogni intervento.

LORENZETTI (Milano). — *La narcosi coi gas (etilene e protossido d'azoto) nella Clinica Chirurgica di Milano.* — Riferisce sull'esperienza e sugli ottimi risultati ottenuti con queste narcosi.

MASOTTI (Bologna). — *L'anestesia locale infiltrativa negli interventi mediante diatermia chirurgica.* — Illustra con proiezioni la tecnica dell'anestesia seguita.

GALIMBERTI (Milano). — *Il reperto dell'esame dell'urina nella narcosi coi gas (etilene, protossido d'azoto).* — Dimostra la comparsa o l'aumento dell'acetone, acido diacetico, talora di tracce indosabili di albumina e urobilina. Il ritorno alla norma è rapido. La quantità dell'urobilina è in rapporto con la gravità degli interventi e aumenta specie nelle lesioni epatiche. Si può concludere che nella narcosi coi gas non vi è sofferenza renale degna di nota e che i reperti patologici accennati hanno rapporti più con l'importanza dell'intervento e con le particolari condizioni degli operati che con il tipo di narcosi.

NOGARA (Milano). — *Osservazioni sulle modificazioni della riserva alcalina e del tasso ureico del sangue dopo intervento operatorio in narcosi coi gas etilene e protossido d'azoto.* — La narcosi con questi gas provoca una iperazotemia massima al III giorno. L'aumento è metà di quello provocato dall'etere. La riserva alcalina si abbassa per 24 ore. I valori di caduta sono notevolmente inferiori a quelli che si hanno coll'anestesia eterea.

VALLEBONA V. (Genova). — *La funzionalità epatica esaminata con la curva ammino-acidemica in rapporto a varie anestesie.* — Ha praticato le ricerche in pazienti e in cani con l'iniezione endovenosa di glicocolla. Le sostanze anestetiche hanno tutte un'azione sulla funzione deaminante del fegato e in questa graduatoria: cloroformio, etere, avertina, tropococaina, narcilene, novocaina. La morfina e l'atropina hanno, anche da sole, azione sulla funzione epatica studiata.

BARCO (Genova). — *Modificazioni dell'equilibrio acido-basico in rapporto alla narcosi narcilenica.* Ha ricercato le variazioni della riserva alcalina e il pH orinario e ha osservato che dopo l'anestesia narcilenica l'equilibrio acido-basico si sposta verso l'acidità ma mantenendosi in limiti fisiologici e con valori notevolmente più bassi di quelli osservati con altre anestesie.

BONOMO (Bari). — *Ricerche toracografiche sulle variazioni postoperatorie del respiro.* — Non crede che la riduzione della capacità vitale che si osserva dopo laparotomia sia l'espressione di una insufficenza della funzione respiratoria. Ha osservato una inversione del tipo respiratorio dopo interventi sull'addome, specie l'addome alto. All'opposto succede dopo interventi sul torace in cui si osserva un tipo esclusivamente diaframmatico. Non si modifica dopo interventi nella testa, collo, arti. Il significato dell'inversione del tipo respiratorio è quello di un fenomeno vicario.

TABANELLI (Milano). — *Le variazioni dei globuli rossi e dell'emoglobina nel sangue dopo l'anestesia coi gas (etilene e protossido d'azoto).* — Osservò aumento nel numero degli eritrociti subito dopo l'anestesia, per 24 ore. Ritiene che la genesi del fenomeno debba riferirsi all'aumento di pressione che forse provoca un trasudamento di plasma maggiore del normale attraverso la parete vasale. L'emoglobina non varia in modo degno di nota.

DE FERMO (Torino). — *Sul meccanismo patogenetico della iperglicemia postanestetica (Ricerche sperimentali).* — Si deve accettare la teoria che pone l'iperglicemia in rapporto alla presenza di acidi patologici ignoti formatisi in conseguenza dell'anestesia stessa.

FILIPPI (Padova). — *La secrezione mucosa bronchiale in rapporto alla anestesia eterea e cloroformica e agli interventi addominali.* — Con-

ricerche microscopiche in polmoni di animali anestesizzati non ha osservato mai un aumento della secrezione di muco; rilevò invece focolai congestizi. Conclude con l'osservazione che i materiali vischiosi ingombranti le vie bronchiali non sono dovuti a uno stato ipersecretivo della mucosa bronchiale.

Dei Rossi (Padova). — *Ricerche sperimentali sul cosidetto collasso polmonare.* — Ha occluso grossi bronchi con laminaria, palloncini gonfiabili e legature. Ha ottenuto l'atelettasia in 16-24 ore. In altri animali ha iniettato materiali vischiosi e grassi nei bronchi, ottenendo atelettasie lobulari a focolai multipli in 5-6 ore. A spiegare la maggior rapidità di riassorbimento dei gas nei focolai lobulari, ammette un aumento di pressione del gas per contrazione dei nervi bronchiali da stimolo nervoso.

Osselladore e Luisada (Padova). — *Influenza sui vasi e sulla muscolatura liscia bronco-polmonare degli stimoli irritativi portati sui visceri addominali.* — Interventi eseguiti sull'addome alto e in modo speciale sullo stomaco e sul plesso solare dànno luogo ad una inibizione riflessa della contrattilità del polmone rilevata dalla diminuzione di ampiezza delle sue correnti di azione. Questi fenomeni riflessi mancano bloccando gli splancnici o con la rachianestesia.

Iura V. (Roma). — *L'importanza del glucosio nella rachianestesia cocainica sperimentale.* — Ha osservato che iniettando l'anestetico dopo una iniezione nello speco vertebrale di glucosio, l'anestesia era più duratura, più pronta, più estesa. Risultati identici ottenne con l'iniezione endovenosa di glucosio prima della rachianestesia. In base ai risultati sperimentali l'O. pensa che il glucosio abbia un'azione preparatrice alla neuropesia elettiva dell'anestetico per gli elementi nervosi.

Puccinelli (Roma). — *Anestesia e mortalità negli interventi addominali (Cifre statistiche e osservazioni).* — Ha visto che con l'anestesia locale la mortalità operatoria totale diminuisce e scompare quasi del tutto per broncopolmonite riducendosi a meno del mezzo per cento restando al 5 % per gli operati in narcosi.

Rindone (Bari). — *Anestesia e funzione gastrica. Ricerche sperimentali.* — L'anestesia eterea e cloroformica fa diminuire la secrezione gastrica per un'azione sulle fibre secretrici dello stomaco o sulle cellule ghiandolari. Nell'anestesia per imbibizione dei meso si ha una ipofunzione secretoria. Nell'anestesia spinale la secrezione gastrica aumenta forse per l'esclusione delle fibre simpatiche destinate allo stomaco.

Seduta pomeridiana del 24 ottobre.
Presidenza: Prof. Tusini.

Discussione delle Relazioni.

Chiasserini A. (Venezia). — Invoca l'istituzione di medici anestetici. Nel giudizio sul tipo di una anestesia bisogna tener conto non solo della sede dell'intervento, ma anche della varietà dell'operazione, così p. es. dopo resezione gastrica le complicazioni sono più frequenti che dopo gastro-enterostomia. Negli ultimi 1000 interventi eseguiti ha avuto complicazioni polmonari leggere e gravi dopo resezioni gastriche (26 casi) con una frequenza pari dopo anestesia generale eterea e locale. Non ha avuto complicazioni polmonari dopo interventi sul fegato, mentre ha osservato 3 casi letali per degenerazione grassa acuta. Usa in quest'interventi la rachianestesia, la locale e tronculare nella chirurgia cerebrale e della testa, l'epidurale nelle operazioni sul perineo. Nell'anestesia coi gas adopera il protossido d'azoto con l'apparecchio di Desmarest aggiungendo 10-20 cc. di etere. Non crede che l'embolia sia in rapporto con l'anestetico.

Ghiron V. (Roma). — Osserva che i germi abitatori abituali del cavo orale non corrispondono che in via eccezionale a quelli osservati nelle broncopolmoniti postoperatorie. Anche la capacità distruttiva del fegato per i germi di provenienza intestinale è completa solo quando il fegato è integro e i germi poco virulenti. Pertanto l'O. ritiene che vengono così a cadere alcune delle principali obiezioni mosse alla teoria ematogena delle polmoniti. Concorda pienamente con l'asserzione che l'anestesia con i gas ha molti vantaggi e che il protossido d'azoto presenta rispetto all'etilene e al narcilene maggiori inconvenienti. L'O. preferisce personalmente l'etilene perchè per esperienza generale sembra il migliore dei gas in uso attualmente per scopo anestetico.

Valdoni P. (Roma). — Crede che per quanto sia suggestiva l'interdipendenza tra narcosi e complicazioni polmonari postoperatorie non si possa affermare che la loro genesi sia dipendente sempre dall'anestesia. Non si potrebbe spiegare allora la frequenza delle bronco-polmonite dopo alcune operazioni e le variazioni di frequenza in determinati periodi dell'anno. Ricorda le esperienze su cui ha riferito in altra epoca e che ha poi continuato e da cui trae la convinzione che in molti casi siano l'immobilità del diaframma, l'infezione del campo operatorio, l'infezione dall'esterno i fattori più importanti nella patogenesi. In ricerche sperimentali praticate ha osservato, con frequenza, la comparsa di zone di atelettasia e di infarti nei lobi polmonari inferiori. In alcuni casi ha osservato parallelamente infarti anemici del fegato. Pensa che in tali casi le lesioni riconoscano una genesi trombo-embolica dovuta alla stasi venosa nei lobi inf. immobilizzati dalla fissità del diaframma, alla infezione, alle modificazioni postoperatorie della crasi sanguigna. L'indagine sperimentale assieme all'osservazione clinica varrà a dimostrarci le cause probabili e ad addottare, oltre alla scelta dell'anestetico, altre precauzioni che valgano a vincere la grave complicazione postoperatoria.

Pototschnig (Vicenza). — È partigiano dell'autoemoterapia; è contrario all'anestesia rettale mentre consiglia caldamente l'anestesia degli splancnici sec. Braun. Ha eseguito questo tipo di anestesia 137 volte senza complicazioni e lo raccomanda specie nelle resezioni gastriche. Ha usato con successo anche l'anestesia epidurale.

Rossi B. (Milano). — Riferisce i brillanti risultati ottenuti nella sua clinica con la narcosi con i gas. Ha usato largamente nella sua pratica della rachianestesia che può raccomandare vivamente.

Si è preoccupato del problema dell'allestimento dell'etilene in Italia, perchè possa entrare nell'esercizio comune e comunica che è in via di attuazione la fabbricazione di questo gas e la costruzione di un apparecchio per la somministrazione. Rileva infine gli innumerevoli vantaggi di queste anestesie.

SOLIERI (Forlì). — Le complicazioni bronco-polmonari sono state meno numerose nel 2° quadriennio della sua pratica e ciò per l'estensione che ha dato alla rachianestesia, per la ginnastica respiratoria, le iniezioni di argento colloidale, ecc. A evitare l'embolia crede utile la mobilizzazione precoce, la allacciatura dei peduncoli vasali fatta in modo che sia evitato lo sciogliersi dei lacci e il successivo spostamento dei trombi. Per evitare gli inconvenienti della rachianestesia, di cui è fautore convinto, occorre provvedere a una accurata preparazione della soluzione.

ALESSANDRI R. (Roma). — La questione della anestesia è una delle questioni basali della chirurgia pratica, forse la più fondamentale. È però anche una delle questioni più soggette al criterio individuale; e lo abbiamo constatato anche oggi dalle varie comunicazioni fatte e dalla preferenza manifestata dai diversi chirurgi, e lo sappiamo da quanto avviene in ogni nazione. Vi sono ancora sempre coloro che usano e vantano le narcosi generali col cloroformio e specialmente coll'etere, che dice subito l'O. secondo la sua esperienza è sempre in molti casi una buona anestesia. Lo vediamo anche dal fatto che accanto a coloro che vantano ed usano largamente la rachianestesia ve ne sono altri che non ne vogliono neppure sentir parlare.

Comunque, all'O. sembra accettato generalmente il concetto, che in questo campo non ci si deve arrestare, ma si deve e si può ancora cercare di raggiungere un perfezionamento sempre maggiore, soprattutto una sicurezza la più completa possibile per l'andamento immediato e per i postumi.

È per questo che dopo aver veduto specialmente in America il largo impiego delle narcosi coi gas e i vantaggi grandi che se ne avevano, parve opportuno all'O. introdurre anche in Italia, dove non se ne aveva quasi nessuna esperienza, l'uso di questi nuovi metodi di anestesia.

E con grande difficoltà, specialmente per avere il gas, l'O. ha sperimentato nella sua Clinica la narcosi coll'etilene, che gli era risultato il gas che aveva maggiori vantaggi, e riferì l'anno scorso al Congresso di Chirurgia i favorevoli risultati ottenuti, che i colleghi poterono anche constatare direttamente nelle operazioni praticate durante il Congresso.

La comunicazione contribuì alla scelta del tema di relazione, e l'O. ne è assai lieto, poichè ha oggi constatato che la sua iniziativa ha dato modo a tanti valorosi giovani di eseguire interessanti ricerche sperimentali e cliniche e sopratutto malgrado le difficoltà sempre esistenti, a esperienze dirette sul malato, specialmente nella Clinica di Milano col protossido e coll'etilene e in quella di Genova col narcilene.

Anche l'O. ha continuato ad usare l'etilene in molti casi, e deve confermare i favorevoli risultati già comunicati l'anno scorso.

L'O. non ha esperienza col narcilene e neppure col protossido d'azoto; ma si permette di ripetere quanto già disse l'anno scorso. Non si tratta qui di sperimentare metodi nuovi ancora in periodo di prova. Le narcosi coi gas sono già così largamente usate e da tempo in altri paesi, che sarebbe vano e forse anche ridicolo se noi volessimo portare un contributo, basato su scarso numero di casi, sul loro valore e sulla loro innocuità.

Qui si tratta invece di estendere nell'uso chirurgico e vagliare alla stregua dell'esperienza di tutti noi, e non soltanto nelle cliniche, ma anche nella pratica ordinaria, un metodo di anestesia, che è bene anche in Italia sia largamente usato, perchè l'O. è convinto che in molti casi almeno rappresenta il mezzo meno pericoloso per operare pazienti, che con altre anestesie difficilmente o con grave danno potrebbero essere soggetti all'intervento.

E se, come è dato sperare, si potrà presto ottenere che si producano in Italia i gas e gli apparecchi, l'O. crede che con maggiore soddisfazione sarà sperimentato nella nostra pratica, sempre a maggiore progresso della chirurgia italiana, e a miglior vantaggio dei nostri malati.

FASIANI (Padova). — Mette in rilievo l'importanza delle osservazioni fatte dal Relatore radiologo. In riguardo alle complicazioni postoperatorie afferma che le anestesie locali e regionali espongono a un rischio minore e questo vale sopratutto per gli operati sull'addome alto. Nella sua esperienza di 2 anni, su 140 operazioni sull'addome alto (70 sul fegato e vie biliari, 70 sullo stomaco, duodeno, milza) eseguite in rachianestesia non ha osservato mai una bronco-polmonite. Un numero eguale di osservazioni eseguite l'anno precedente in anestesia eterea condussero 8 volte alla polmonite.

ANZILOTTI (Livorno). — È fautore della rachianestesia con la tropococaina che usa anche per gli interventi sull'addome alto, perchè così vede diminuite le complicazioni bronco-polmonari. Usa anche una cura preventiva etero-proteinica e la disinfezione preoperatoria del cavo orale.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Iperbilirubinemia: suo significato clinico.

La scarsa conoscenza che si ha della bilirubina e delle sue variazioni nelle diverse affezioni morbose dipende dalla insufficiente conoscenza della formazione della bilirubina e dai metodi di dosaggio.

Le moderne teorie stabiliscono che la bilirubina si forma nel tessuto reticolo-endoteliale; la cellula epatica costituisce un filtro attraverso cui la bilirubina passa; per conseguenza le alterazioni quantitative della bilirubinemia si devono riscontrare nelle affezioni di quel tessuto, e nelle malattie in cui la cellula epatica perde la sua qualità di filtro.

Il perfezionamento dei metodi d'indagine ha permesso di poter svelare gli itteri latenti i quali possono essere di notevole aiuto nella precoce diagnostica di alcune malattie.

I metodi di dosaggio più usati sono quelli che si basano su di una comparazione colorimetrica tra il siero e una soluzione di bicromato di potassio (Meulengracht, Gram, Berhardt e Maus, Erst e Förster), e sulla trasformazione della bilirubina in biliverdina per mezzo dell'ossidazione (Gilbert e Herscher, Herzfeld), od infine sull'azione del diazo-reagente (metodo di H. van den Berg). Quest'ultimo è il metodo più sensibile e più usato in pratica, sebbene non manchino critiche che ne infirmano i risultati; gli errori con tale metodo possono dipendere dal diverso grado di alcalinità del sangue, e da altre sostanze che possono dare la stessa colorazione rossa (indolo e pirrolo).

Un metodo semplice e che risponde molto bene, secondo le ricerche del Mogena (*The Lancet*, giugno 1929) è quello di Herzfeld, basato sulla trasformazione della bilirubina in biliverdina, e comparazione con una soluzione campione.

Con la reazione di H. van den Berg, sec. l'A. si può differenziare un ittero statico da un ittero dinamico, a secondo che la reazione è diretta, indiretta, pronta o ritardata; il Mogena invece nega valore a questo risultato differenziale, perchè la qualità della reazione dipende più dalla quantità della bilirubina presente, che dal modo come si forma, fatto confermato anche da altri AA.

Per stabilire il tasso di bilirubina nel siero di sangue normale, bisogna indicare il metodo di dosaggio usato; così col metodo van den Berg la bilirubina oscilla tra 0,2-0,6 unità, cioè 0.1-0.3 mgr. % nel siero; nel plasma la quantità è un po' maggiore. Col metodo invece di Herzfeld si hanno valori 20 volte maggiori; sicchè il tasso della bilirubina nel siero va da 1.6 a 6.25 mgr. %.

Mogena stabilisce come quantità massima mgr. 6.25 %, un tasso maggiore va considerato come patologico.

Sul tasso bilirubinico influiscono diverse condizioni: si ha aumento a digiuno piuttosto che dopo i pasti; gli idrati di carbonio l'aumentano; la bilirubina è più abbondante nei soggetti bruni.

È stato notato che la bilirubina è una sostanza *a soglia*, come il glucosio: compare nelle urine allorchè ha raggiunto una certa concentrazione nel sangue; per aversi la tinta subitterica la bilirubina deve raggiungere i 50 mgr. % col metodo Herzfeld, mgr. 2.5-3 % col m. di H. van den Berg.

La ricerca della bilirubina è importante perchè permette di conoscere un aumento di tale sostanza nel sangue, e quindi di svelare precocemente un ittero latente, prima che compaia l'ittero cutaneo, ciò che è importante per una diagnosi differenziale. Così un dolore all'ipocondrio destro, che si presenta senza ittero, ma con iperbilirubinemia permette di poter differenziare una colica epatica con ostruzione parziale da una colica renale, appendicolare, intestinale, gastrica, uretrale. Un aumento della bilirubina è stato osservato dall'A. anche negli intervalli tra le crisi dolorose, indizio di ittero latente. Secondo Friedmann e Strauss tale iperbilirubinemia è dovuta al maggior assorbimento del pigmento da parte delle pareti della colecisti infiammata, o per l'ostruzione del coledoco.

Nell'ittero manifesto il dosaggio della bilirubina giova per giudicare del decorso e dell'intensità dell'ittero. Sperimentalmente una lesione della cellula epatica fa aumentare il tasso della bilirubina; ciò si ottiene dopo una narcosi cloroformica.

Nei primi stadi di una cirrosi ipertrofica una iperbilirubinemia può confermare il sospetto diagnostico; nella cirrosi atrofica invece la bilirubina non è stata trovata aumentata. Nella congestione epatica attiva o passiva per scompenso cardiaco si ha iperbilirubinemia. Nella polmonite da alcuni è stato trovato un aumento, non confermato dal Mogena; tuttavia bisogna tener presente che tale aumento potrebbe formarsi nel polmone malato.

Esiste ancora disparità di pareri sull'itterizia che compare in sifilitici durante una cura salvarsanica, se cioè essa dipenda da una lesione della cellula epatica, o piuttosto dalla azione tossica del medicamento; l'A. crede che la iperbilirubinemia sia dovuta ad una insufficienza funzionale per epatite specifica. Si consiglia pertanto da alcuni di dosare la bilirubina prima di iniziare una cura salvarsanica.

Alcune cefalee di origine epatica sono svelate col dosaggio della bilirubina; essa è anche di grande utilità nel distinguere un'anemia perniciosa con iperbilirubinemia da un'anemia

secondaria, con bilirubina normale. Si può avere iperbilirubinemia inoltre nella malaria, nella febbre tifoide, nell'appendicite grave e nella epatite tossica.

CARUSI.

Un metodo clinico semplice per la determinazione della bilirubinemia.

Il metodo descritto da Glass (*Die Medizinische Welt*, n. 28, 1929) si basa sulla reazione dei nitriti che già Steeusma e Sabatini avevano applicato alla ricerca qualitativa della bilirubina nel siero di sangue.

Sotto l'azione di acido cloridrico concentrato, si sviluppa da una soluzione di nitrito di soda al 1/2 % dell'acido nitroso che subito ossida la bilirubina presente nel siero, trasformandola in biliverdina (verde); la colorazione verde è tanto maggiore, quanto più bilirubina è contenuta nel siero.

Se si prende una serie di provette e vi si versa del siero di sangue a diluizione progressivamente maggiore (1:2:4:8:16:32:64), e in ogni provetta si lascia poi cadere una goccia d'acido cloridrico concentrato e di soluzione di nitrito di soda, si ottiene una colorazione verde che va via via facendosi meno intensa, man mano che aumenta il grado della diluizione.

L'A. ha confrontato accuratamente il suo metodo con quello di V. den Bergh: egli ha potuto stabilire che una traccia di colorazione verde che resta per un mezzo minuto, appare già ad una diluizione di siero che contiene 1/4 di unità V. den Bergh, e cioè mmg. 1,25 di bilirubina per 1 litro di siero.

L'A. insiste sul carattere clinico e sull'utilità pratica del metodo.

V. SERRA.

CASISTICA.

La sifilide polmonare.

La sifilide polmonare ha tante note in comune con la tubercolosi polmonare, che nel passato ogni tubercolosi in luetico era considerata come tisi sifilitica.

N. Polese (*Morgagni*, 17 aprile 1929) in una rivista sull'argomento ricorda come gli studi finora fatti non sono sufficienti a poter distinguere i rapporti che corrono tra sifilide e tubercolosi; pare tuttavia che la prima predisponga alle affezioni dell'apparato respiratorio, sia per la tubercolosi, sia per altre forme morbose.

La sifilide congenita o polmonite alba si manifesta non infrequentemente nei feti e nei primi mesi di vita extrauterina. I sintomi non differiscono da quelli di una polmonite o broncopolmonite. La prognosi è sempre infausta.

Nel periodo secondario della sifilide si possono avere alterazioni specifiche a carico della trachea o dei bronchi, con manifestazioni che mentiscono una banale bronchite: tosse stizzosa, espettorato abbondante, spesso striato di sangue; facile dispnea, modica febbre e dimagramento.

La polmonite luetica non è ammessa da tutti gli AA. nè ha una sintomatologia caratteristica; lo stesso vale per la pleurite luetica, la quale può essere secca od essudativa, con essudato talora leggermente ematico.

Tali lesioni per essere considerate luetiche bisogna che si siano sviluppate in concomitanza di fenomeni specifici, e che si giovino della cura antiluetica.

Nel periodo terziario si possono riscontrare: sifilide della trachea, bronchite acuta e cronica, bronco-polmonite acuta, evolutiva, cronicizzante; polmonite cronica sclerotica e catarro bronchiale con o senza enfisema, polmonite cronica sclerotica a tipo bronchiectasico: tutte queste forme non hanno nulla di caratteristico, e la sintomatologia è presso a poco simile alle forme non luetiche.

Ricordiamo infine la polmonite cronica a forma cavitaria o tisī sifilitica, con caverne, esiti di colliquazione delle gomme e dello sfacelo delle pareti bronchiectasiche.

In questi casi il reperto non differisce per nulla dalla tubercolosi cavitaria; può essere un carattere discriminativo l'apparente buono stato dell'ammalato, prima che l'infezione luetica cominci la sua azione letale sulle condizioni generali dell'infermo.

CARUSI.

Sopra un caso di spirochetosi bronchiale.

Nonostante il fiorire di studi su questo argomento dopo la scoperta della spirocheta bronchiale da parte di Castellani (Delamore, Vincent, Adida, Franchini, ecc.) le caratteristiche cliniche ed anatomiche di questa forma non sono ancora ben definite. Perciò Dagnini G. e T. Strozzi (*Riv. di Pat. e Clin. della Tubercolosi*, dicembre 1928) credono utile riferire un caso accuratamente studiato.

Il p. di 35 a. con tare tubercolari ereditarie, soffrì di peritonite a 15 a.; di appendicite a 20. Si ferì al cranio con revolver e ne residuarono accessi jacksoniani, finchè nel 1921 superò una influenza febbrile. Nel 1923 cominciò a notare astenia, oppressione toracica, febbri irregolari. Poi sorse tosse con escreato abbondante, voce roca. L'espettorato cresceva nel decubito laterale destro, e nel 1924 assunse un odore fetido. Nel 1925 si tentò un pneumotorace che non fu possibile per impervietà pleurica. Fece iniezioni endotracheali di lipiodol, gomenolo senza vantaggi. La ricerca del b. di Koch fu sempre negativa, così pure quella delle fibre elastiche. L'esame radiologico dopo iniezione endotracheale di lipiodol dimostrò un quadro che fu attribuito a bronchiectasie prevalenti nella metà inferiore sinistra.

L'esame clinico del torace dava: diminuita

espansione emitorace sinistro. Fremito vocale tattile aumentato ovunque, specie alla base di sinistra. Con la percussione si ha suono alto nella parte alta del torace destro, ipofonesi spiccata alla base. A sinistra ipofonesi nelle parti alte; ipofonesi timpanica fra la scapola, la base e la ascellare media. All'ascoltazione: murmure ovunque aspro; su tutto l'emitorace destro rantoli bollosi di ogni grandezza, sibili e ronchi. A sinistra nella parte alta del torace respiro bronchiale asprissimo con rantoli a piccole e medie bolle e sonori. Nella metà inferiore, nella regione laterale e dorsale, verso l'angolo della scapola il soffio bronchiale acquista carattere e timbro anforico, e si odono rantoli gorgoglianti metallici.

L'espettorato fetido, nauseante era emesso in quantità di 250, 500 cmc. e si stratificava in tre zone.

L'esame dell'espettorato col metodo di Giemsa e Tribondeau Fontana mise in evidenza molte spirochete.

Una puntura esplorativa del polmone dette esito a pus giallo-verdastro in cui si riscontrarono in ammassi notevoli spirochete. Si inoculò una cavia che si mantenne sana. La R. W. fu negativa.

Le cure più svariate furono negative, anche una serie di neosalvarsan non produsse che un discreto aumento di peso. Dopo vari mesi di degenza il p. fu colto da febbre elevata, affanno, abbattimento ed in cinque giorni avvenne il decesso.

Discussione: l'esame clinico offriva vari problemi diagnostici differenziali: tubercolosi cronica, o sifilide infiltrativa e sclerosante, ovvero bronchiectasie?

L'esame dell'espettorato però lo restringeva. Esclusa la tubercolosi per la negatività del b. di Koch, e della inoculazione alla cavia, nonchè per la fetidità dell'espettorato e la sua triplice stratificazione, anche la ipotesi della sifilide cadeva per l'anamnesi e la R. W. negativa. Ci si doveva restringere al gruppo generico delle spirochetosi broncopolmonari. Ma la varietà delle forme cliniche di queste è grande: dalla bronchite sanguinante di Castellani alle forme croniche e fetide di bronchite a spirochete, fino alle forme gangrenose del polmone. Castellani distingue le broncospirochetosi acute, e le croniche, distinte in tre forme a seconda che l'espettorato è purulento emorragico, o purulento, o fetido.

Secondo l'A. il punto più importante di questa classificazione è nel fatto che essa non nomina le forme con distruzione del parenchima e quindi divide nettamente le forme bronchiali da quelle gangrenose.

Lo Schlosmann invece le confonde insieme, mentre l'A. ritiene che si tratti di processi essenzialmente diversi e che nel caso clinico in esame si dovesse porre la diagnosi di spirochetosi bronchiale cronica con formazione di bronchiectasie nel senso inteso dal Castellani.

Dagnini svolge poi profondamente la parte anatomo-patologica che è anche illustrata da interessanti figure.

Non è possibile riassumere i dati minuti di questa descrizione, dirò solo brevemente che i bronchi del polmone sinistro presentavano una mucosa rosso-cupa, tumefatta, coperta di essudato fluido, torbido, rosso-cupo; in nessun punto essa era ulcerata. Le diramazioni bronchiali presentavano però numerose dilatazioni irregolari per forma, tappezzate da mucosa con gli stessi caratteri suddetti. In complesso il polmone presenta due tipi di alterazioni, a tipo sclerotico nel lobo superiore, a tipo bronchiectasico nell'inferiore. Gli stessi caratteri, sebbene molto meno marcati e meno estesi si rivelano nel polmone destro ove specie le bronchiectasie sono assai scarse.

Le ricerche istologiche misero anzitutto in evidenza delle spirochete assai abbondanti nello spessore della mucosa bronchiale. Le pareti bronchiali erano profondamente alterate per una neoformazione vasale a tipo angiomatoso, e per la distruzione del tessuto elastico con conseguente formazione di bronchiectasie.

Di particolare interesse era la mancanza di fenomeni distruttivi a carico del parenchima polmonare.

La neoformazione vasale con aspetto angiomatoso aveva sede nello strato più interno della mucosa e nel corion, ed era caratterizzata da un sistema di vasi variamente intrecciati, turgidi di sangue, a pareti esilissime, facenti spesso ernia nell'interno del lume bronchiale. Notisi che questa neoformazione vasale si aveva anche in regioni bronchiali non ectasiche, onde un carattere tipico di questo germe sarebbe la sua capacità a produrre una neoformazione vascolare bronchiale onde il carattere emorragiparo della affezione. Circa le bronchiectasie la genesi risiede probabilmente nella grave lesione della intelaiatura elastica e cartilaginea e nella riduzione delle fibre muscolari. L'A., dopo numerose considerazioni che non è possibile riprodurre in breve, conclude insistendo sulla necessità di distinguere le forme di spirochetosi con lesioni del parenchima polmonare a tipo distruttivo gangrenoso, dalle spirochetosi bronchiali del Castellani a cui appartiene il caso studiato.

L. TONELLI.

TERAPIA.

Le controindicazioni dell'insulina nel diabete.

Labbé (*Vie médicale*, giugno 1929) osserva che l'insulina si può sempre iniettare ai diabetici ed ai non diabetici senza inconvenienti purchè si prendano le precauzioni atte ad evitare gli accidenti dell'ipoglicemia. Tuttavia l'insulina non deve essere impiegata in tutti i casi di diabete.

L'insulina non è un rimedio del diabete in quanto rimuova le cause di questa malattia, ma

è un medicamento fisiologico di sostituzione, in quanto essa ripara momentaneamente la deficienza della secrezione pancreatica, ma non eccita nè ristabilisce la funzione delle isole di Langerhans. È per questo che il trattamento insulinico deve essere continuato indefinitamente.

L'indicazione formale dell'insulina è data dal diabete con denutrizione azotata. Essa è indispensabile per ristabilire il metabolismo degli idrati di carbonio, delle albumine e dei grassi. In tali casi la cura insulinica deve essere praticata fin dall'inizio ed indefinitamente, anche quando il disturbo fisiologico non è grave, perchè ritarda l'evoluzione della malattia e lo scadimento progressivo della funzione insulinica.

Ma quando non esiste denutrizione azotata la cura insulinica non solo è inutile, ma anche dannosa. In fondo in tali casi i diabetici richiedono dal trattamento la libertà di un'alimentazione abbondante, mentre sia per il ricambio generale come per lasciare in riposo l'apparato glicoregolatore sarebbe sempre più consigliabile l'alimentazione moderata.

In questi casi benigni la cura insulinica può rendersi necessaria solo quando il diabete subisce una crisi di aggravamento sia per scarti dietetici, sia in seguito d'una malattia infettiva. È ovvio, però, che in tali casi la cura non deve essere proseguita indefinitamente, ma deve cessare non appena ristabilito l'equilibrio.

DR.

Il trattamento della tubercolosi polmonare nei diabetici.

Gilbert-Dreyfus (*Revue médicale*, 30 maggio 1929) consiglia essenzialmente il trattamento misto. Cura d'insulina (associata beninteso ad un regime severo e preciso) e pneumotorace artificiale combinati permetteranno di ottenere dei risultati tanto più notevoli in quanto che si tratta di individui giovani che, senza tale doppio soccorso terapeutico, sarebbero indubbiamente votati ad un esito rapidamente fatale. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La nomina degli Ufficiali Sanitari.

L'art. 2 (ultimo comma) del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636, dice testualmente: « In ogni Comune sarà un medico ufficiale sanitario ».

Esaminiamo in qual modo trovi applicazione questa tassativa disposizione di legge. Occorre anzitutto chiarire che essa non vuol significare che ogni Comune debba avere un medico colle esclusive funzioni di ufficiale sanitario; infatti l'art. 18 della stessa legge (modificato dall'art. 25 del R. decreto 30 decembre 1923 n. 2889) ammette che l'ufficiale sanitario possa essere nominato nella persona del medico condotto in quei Comuni nei quali non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni; in tutti gli altri casi l'ufficiale sanitario deve essere scelto fuori dei medici condotti e nominato per concorso. Inoltre l'art. 19 dà facoltà ai Comuni di unirsi in Consorzio per provvedere al servizio del medico ufficiale sanitario. Tali Consorzi possono anche esser costituiti d'ufficio dal Prefetto (art. 27 del R. decreto 30 decembre 1923 già citato). È dunque ammessa la possibilità che più Comuni abbiano un solo ufficiale sanitario.

Importante è la disposizione, del citato articolo 18, per la quale l'ufficiale sanitario, che sia medico condotto, come ufficiale sanitario non ha diritto alla stabilità (di cui gode invece come medico condotto) perchè questa cessa non appena sia possibile scindere le due funzioni.

Sembra dunque dall'analisi di questo fondamentale art. 18 della legge sanitaria, che la aspirazione del legislatore sia stata quella di istituire come regola un ufficiale sanitario indipendente dal medico condotto, e che solo di fronte all'impossibilità materiale si debba addivenire al cumulo delle due funzioni nella stessa persona. L'impossibilità materiale può essere rappresentata dalla mancanza nel Comune di medici liberi esercenti, o dalla mancanza fra i liberi esercenti di medici che abbiano titoli sufficienti per poter essere incaricati delle mansioni di ufficiale sanitario. Infine in molti piccoli Comuni l'Amministrazione non è in grado di sostenere la spesa relativa al servizio di un ufficiale sanitario in pianta stabile, nè sempre è possibile procedere alla costituzione di un Consorzio intercomunale. Accade perciò che il servizio venga talvolta affidato a qualche libero esercente o medico ospitaliero, che possiede i titoli voluti, e che dall'esercizio professionale può procacciarsi quell'utile che non potrebbe ritrarre dalle sole funzioni di ufficiale sanitario. Ben s'intende che anche tali nomine hanno carattere di incarico provvisorio e non dànno diritto alla stabilità.

Le particolari circostanze ora ricordate si verificano in gran parte dei Comuni rurali, per modo che sono numerosi quelli nei quali la carica di ufficiale sanitario è affidata al medico condotto unico, oppure ad uno di essi, per lo più dimorante nel Capoluogo, quando il territorio comunale sia diviso in più condotte. Talora più Comuni piccoli sono riuniti in Consorzio per il servizio di assistenza sanitaria ed allora l'unico medico condotto consorziale disimpegna anche le mansioni di ufficiale sanitario.

In tutti i casi la nomina dell'ufficiale sanitario è fatta dal Prefetto, il che conferisce a questo funzionario la caratteristica di ufficiale governativo stabilita dall'art. 20 del testo unico delle leggi sanitarie.

La nomina nei grandi Comuni o nei Consorzi, che hanno un ufficiale sanitario in pianta stabile, avviene in seguito a regolare concorso.

La procedura dei concorsi per gli ufficiali sanitari in pianta stabile, i quali nei Comuni o Consorzi che abbiano uno speciale ufficio d'igiene sono anche capi dell'ufficio stesso, era per l'addietro disciplinata dalle norme degli articoli 72 a 80 del regolamento sull'assistenza sanitaria, sulla vigilanza igienica e sull'igiene degli abitati nei Comuni del Regno, approvato con R. decreto 19 luglio 1906 n. 466. Queste norme vennero di recente sostituite da quelle del R. decreto 29 novembre 1925 n. 2266. Le disposizioni più importanti di questo decreto sono le seguenti:

La nomina è fatta dal Prefetto in seguito a pubblico concorso; il concorso è per titoli ed esami, ma i Comuni con popolazione di 100 mila abitanti ed oltre possono domandare che il concorso sia bandito per soli titoli, salvo il diritto della commissione giudicatrice di sottoporre i candidati a prove d'esame. Le commissioni giudicatrici sono nominate dal Prefetto; quelle dei concorsi per titoli ed esami sono presiedute dal Viceprefetto e composte di due professori stabili di Università, uno d'Igiene ed uno di Clinica medica, del medico provinciale, di un ufficiale sanitario capo d'ufficio d'igiene comunale. Per i concorsi banditi per soli titoli la commissione, sempre presieduta dal Viceprefetto, è composta del professore stabile di Igiene più anziano appartenente al Consiglio superiore di sanità, di tre professori stabili di Università dei quali uno d'Igiene, uno di Clinica medica ed uno di Patologia generale, del medico provinciale, di un ufficiale sanitario capo di ufficio d'igiene di un Capoluogo di provincia. I programmi degli esami di concorso sono stati approvati con decreto ministeriale 6 febbraio 1926. La nomina è fatta per un biennio di prova; trascorso questo, se non si fa luogo al licenziamento, il Prefetto provvede alla nomina definitiva sentito il Consiglio provinciale di sanità ed il Consiglio comunale o l'Amministrazione consorziale interessati.

Per quanto considerato ufficiale governativo, tanto che non solo la sua nomina, ma anche la sua dispensa dal servizio ed il collocamento a riposo sono devoluti al Prefetto (art. 28 del R. decreto 30 decembre 1923 n. 2889), l'ufficiale sanitario è stipendiato dal Comune.

La determinazione dello stipendio, così dell'ufficiale sanitario, come dei medici condotti di un Comune, in confronto a quella di altri dipendenti comunali, o degli stessi funzionari di Comuni diversi in una medesima Provincia, finchè era stata lasciata all'arbitrio delle Amministrazioni comunali, aveva, non di rado, dato luogo ad ingiuste sperequazioni o ad altri inconvenienti.

Molto opportunamente perciò il citato decreto 30 decembre 1923, col secondo comma dell'art. 34, modificato poi dall'art. 7 della legge 23 giugno 1927 n. 1070 (disposizioni varie sulla sanità pubblica), attribuisce alla G. P. A., sentito il Consiglio provinciale di sanità, la determinazione degli stipendi minimi degli ufficiali sanitari con nomina regolare in seguito a concorso, tenuto conto dell'importanza del servizio.

Le attribuzioni dell'ufficiale sanitario comunale sono indicate nell'art. 21 del testo unico delle leggi sanitarie, modificato dall'art. 30 del R. decreto 30 decembre 1923, già più volte citato. Sono essenzialmente funzioni di vigilanza igienica, di segnalazione alle autorità sanitarie superiori e di esecuzione di provvedimenti in materia sanitaria.

Il particolareggiato esame di tali funzioni farà oggetto dei prossimi articoli.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 3687:

Durante la guerra poteva essere promosso. Ora in tempo di pace per essere promosso occorre l'idoneità fisica incondizionata.

C. A.

Al dott. D. C., da Ascoli Piceno:

Non esiste un libro sui difetti della vista. Veda i comuni Manuali di oculistica, p. es., quello del prof. DE VINCENTIS, editore L. Pozzi, Roma, oppure del prof. OVIO pubblicato da F. Vallardi di Milano.

Per la cosmesi, veda: D. PIGOZZI: *Igiene e cosmesi nella donna*. Vannini, Brescia, 1927; H. BULLIARD: *Visage et cuir chevelu*. Le François, Paris, 1928. *fil.*

VARIA.

Edison e la gotta.

Il *Bruxelles-Médical* del 13 ott. 1929 riferisce che Edison, imbattutosi in un amico, notò come le sue articolazioni fossero deformate. Si svolse il seguente dialogo:

— Che cosa avete?

— La gotta.

— Tutto considerato, che cos'è la gotta?

— Un deposito di acido urico nelle articolazioni.

— Com'è che i medici non vi guariscono?

— Pare che l'acido urico sia insolubile.

— Non lo credo, rispose Edison.

E tornato al suo ricchissimo laboratorio, fece agire, in innumerevoli tubi da saggio, molti prodotti chimici sull'acido urico. Dopo 48 ore, scoprì che questo si era disciolto in due delle sostanze saggiate. Una di esse ha corrisposto, oltre che *in vitro*, anche in clinica: è così che oggi possediamo l'idrato di tetra-etil-ammonio per la cura della gotta.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista di Roma e provincia.

L'8 corr., nella sede del Sindacato Fascista Ingegneri, ebbe luogo l'assemblea generale del Sindacato Medico Fascista di Roma e Provincia.

L'ispettore provinciale avv. De Bernardis, accolto da applausi, apre la seduta compiacendosi della presenza di un così grande numero di sanitari, e con rapida sintesi spiega i nobili fini sociali cui tende la discussione che si va ad iniziare sugli importanti problemi che interessano la classe medica.

Quindi dà la parola al segretario del Sindacato on. prof. Ermanno Fioretti. Questi, prima di iniziare la sua relazione, manda un reverente saluto alla memoria dei colleghi scomparsi e quindi parla diffusamente di tutta l'attività svolta dal Direttorio dall'ultima assemblea tenuta fino ad oggi.

Accennato all'incremento notevole delle iscrizioni al Sindacato, tocca di tutte le più gravi questioni che si riferiscano non solo agli interessi della categoria, ma anche a quelli superiori della pubblica salute. Così viene a parlare dell'esercizio abusivo della professione, che si esplica sotto varie forme; della piaga del sensalismo professionale; degli inconvenienti derivanti dal grande numero di ambulatorii; dell'abuso di centri sanitari in Provincia spiegando la tenace azione del Sindacato per opporre la necessaria resistenza a tutte queste dannose forme di attività professionale.

Parole di biasimo ha avuto il segretario del Sindacato per i sistemi di cui qualche sanitario si serve per mezzo della pubblica stampa o con *réclames* illecite, e con una speciale rubrica di raccomandazione, o con pubblici ringraziamenti, ecc. A tale riguardo l'azione del Sindacato è stata efficacemente affiancata dalla stampa, sì che tali inconvenienti sono stati in gran parte eliminati. Accenna poi ad alcune particolari questioni che riguardano più da vicino gli interessi della categoria: così i concorsi pubblici per i posti vacanti, la difesa morale dei medici condotti, l'assicurazione per i medici ospitalieri, la determinazione delle tariffe per le prestazioni professionali, la collaborazione con i competenti Uffici per la equa applicazione delle tasse.

Quindi parla diffusamente delle Mutue Sanitarie, illustrando la loro organizzazione, il loro funzionamento e l'opera che sta spiegando il Sindacato affinchè esse corrispondano agli alti fini sociali per i quali sono istituite e nello stesso tempo siano salvaguardati i giusti diritti dei medici.

Parlando poi dell'elevamento culturale della classe dà il resoconto della magnifica attività svolta dall'Accademia Lancisiana che è risorta a nuova vita per volontà del Sindacato Medico di Roma e sarà sua cura di collaborare allo sviluppo della istruzione popolare con conferenze e dimostrazioni pratiche da parte degli iscritti ai Sindacati.

Comunica infine che con alto e nobile sentimento di fratellanza il Direttorio del Sindacato, a nome dei medici di Roma e provincia, ha deliberato di concedere notevoli riduzioni sugli onorari a favore dei dopolavoristi e dei gloriosi mutilati ed invalidi di guerra. La relazione del segretario viene accolta da lunghi applausi.

Quindi, dopo che molti dei medici presenti ebbero preso la parola su vari argomenti, viene all'unanimità approvato un ordine del giorno di plauso all'opera svolta dal Direttorio e vengono inviati telegrammi di saluto e di devozione al Segretario del Partito, a S. E. il Prefetto, al Segretario federale dell'Urbe, al presidente della Confederazione dei Sindacati Fascisti Professionisti ed Artisti ed al segretario del Sindacato Medico Nazionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMISANO CREMASCO (*Cremona*). — Scad. 1° dic.; consor. 4 comuni; L. 11.500 e 4 quinquenni del 20, 15, 10 e 5 %; indenn. poveri L. 2162,50; c.-v.; per uff. san. L. 500; per trasp. L. 3000; un anno di assistentato in ospedale o due di condotta; tassa L. 50,15.

FIUME (*Carnaro*). *Amministrazione Provinciale.* — Assistente Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale lordo annue L. 14.000, suscettibile di quattro aumenti quadrienn. del decimo; supplemento servizio attivo L. 2000; aggiunta di famiglia come statali; eventuali premi operosità e rendimento pel lavoro di indagini ed analisi d'interesse privato. Età minima anni 21, massima 35. Scadenza ore 12 del 15 gennaio 1930. Assunzione in servizio entro 15 giorni dalla partecipazione della nomina. Per altri chiarimenti rivolgersi Segreteria Amministrazione Provinciale.

GEROCARNE (*Catanzaro*). — Scad. 30 nov.; 1° reparto; L. 7500 e addizion. L. 3 oltre il 20 % della popolaz.; indenn. cavalc. L. 2700 se ammogliato, L. 2340 se celibe (?); 5 quadrienni dec.; tassa L. 50,15.

MATERA. — Scad. 1° dic.; uffic. sanit. capo dell'ufficio d'igiene del capoluogo; L. 15.000 e 4 quadrienni dec.; compensi privati; inibito l'eserc. libero; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20.

MERANO (*Bolzano*). *Cassa Circondariale di Malattia.* — Medico odontoiatra. Il termine utile per la presentazione delle domande fissato con avviso del 10 ottobre, per il 10 novembre, è stato prorogato fino alle ore 18 del 30 novembre. Per altre notizie vedi prec. N.ri 41 e 42.

Messina. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore tecnico; titoli ed esami. Scad. ore 12 del 30 nov. Rivolgersi alla Segreteria (Palazzo della Provincia).

Milano. — Medico capo del Comune, ufficiale sanit.; v. N. 43; scad. 30 nov.

Pistoia. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Assistente Sez. Medico-Micrografica e Assistente Sez. Chimica del Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi. Stipendio per ognuno dei due posti lorde L. 8000 annue, aumentabili di 5 decimi, due quadrienn. e tre triennali. Indennità annua servizio attivo L. 1500, più caro viveri, nonchè 10 % dei proventi per ricerche e analisi di interesse privato. Le domande in carta da bollo di L. 2 e documenti debbono pervenire alla Segreteria della Provincia non più tardi delle ore 18 del 30 dicembre. Per informazioni sui documenti, bando concorso, ecc., rivolgersi alla predetta Segreteria.

Portici (*Napoli*). — Scad. 30 nov., ore 16; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 25-45 a.; buona condotta politico-morale; doc. a 3 mesi dal 22 ott.; tassa L. 50,10.

Raiano (*Aquila*). — Scad. 30 giorni dal 30 ott., a ore 18; L. 8500 oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.; buona cond. polit.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

Roma. *Ministero della R. Marina.* — Concorso a 7 posti di tenente medico in servizio permanente nel Corpo sanitario militare marittimo. Età lim. 30 anni. Scad. 24 feb. 1930. V. N. 45.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato. Direzione Generale.* — Concorsi per titoli a 8 posti di Medico di Riparto. V. N. 45. Scad. 30 novembre.

Roma. *Amministraz. Provinc.* — Primario chirurgo presso l'Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà per malattie mentali; L. 16.000 aumentabili a L. 18.800 in 12 anni, oltre indenn. serv. att. L. 4200; il titolare dovrà recarsi quotidianamente all'Istituto nelle ore antimeridiane e ove occorra in qualsiasi ora; scad. ore 12 del 30 nov.; rivolgersi al R. Commissario straordinario per la Provincia; età lim. 40 a.; titoli ed esami. Chied. annunzio e chiarimenti agli Uffici di Segreteria (via IV Novembre, 119-A - Palazzo Provinciale).

Roma. *Associazione fra gli inquilini dell'Istituto cooperativo per le case degli impiegati dello Stato* (Quartiere Piazza d'Armi). Sezione Sanitaria « Gustavo Delpino ». — Concorso, per titoli, al posto di medico-chirurgo per la cura ambulatoriale e a domicilio dei soci dell'Associazione e dei membri delle loro famiglie, nonchè dei soci dell'Istituto, non ancora inquilini dell'Istituto stesso, che abitano nella zona circostante la sede dell'Associazione (Piazza Mazzini) nel raggio di un chilometro ed, infine, degli eventuali soci aggregati abitanti nella zona medesima.

Le norme riguardanti il funzionamento del servizio sanitario, la misura dei compensi dovuti dai soci per le visite in ambulatorio ed a domicilio, nonchè i rapporti fra il medico e l'Associazione, sono contemplate dallo apposito regolamento, che è visibile ogni giorno dalle 16 alle 18 presso la portineria del palazzo sito in Piazza Mazzini 8.

Al medico che sarà assunto quale sanitario sociale verrà corrisposto: 1) un alloggio gratuito, composto di 5 camere, cucina e bagno, il cui fitto figurativo viene ragguagliato a lire 5000 annue; 2) un assegno fisso annuo di lire 3600, pagabile a rate mensili posticipate; 3) il 50 % dei compensi pagati dai soci per le visite in ambulatorio; 4) il 75 % dei compensi pagati dai soci per le visite a domicilio.

Le domande di ammissione al concorso, in carta libera, dovranno pervenire, in piego raccomandato, alla Presidenza dell'Associazione (Piazza Mazzini 8 - Roma 149) non oltre le ore 18 del 30 novembre 1929-VIII. Esse dovranno essere corredate dai seguenti documenti rilasciati dalle rispettive autorità e debitamente legalizzati: *a*) certificato di nascita; *b*) certificato di sana e robusta costituzione fisica; *c*) certificato penale; *d*) certificato di buona condotta; *e*) diploma di laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile; *f*) certificato comprovante che il concorrente è iscritto al Sindacato dei medici della Provincia di Roma o di altra Provincia; *g*) la dichiarazione di aver preso visione del Regolamento per il servizio sanitario dell'Associazione e di accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte; *h*) tutti quegli altri documenti, titoli, pubblicazioni e simili, che possano attestare della coltura e della preparazione teorico-pratica del concorrente, della sua eventuale specializzazione, nonchè delle sue eventuali benemerenze personali; *i*) un assegno bancario di lire 25 (venticinque) intestato al concorrente e girato al Cassiere dell'Associazione sig. Cimato cav. Paolo. Tale somma, dovuta quale tassa di concorso, per le spese del medesimo, non viene in nessun caso rimborsata.

I documenti di cui alle lettere *b*), *c*), *d*), *f*) dovranno avere data non anteriore di tre mesi a quella del presente bando di concorso.

I titoli dei concorrenti verranno esaminati dalla Commissione di cui all'articolo 3 dello Statuto della Sezione Sanitaria dell'Associazione. Detta Commissione proporrà una terna di nomi al Consiglio Direttivo dell'Associazione, il quale designerà il vincitore del concorso seguendo l'ordine di merito della terna medesima.

Il medico prescelto dovrà assumere le funzioni non oltre il 1° gennaio 1930. Trascorso tale termine verrà considerato rinunciatario, ed il posto verrà conferito, previa nuova deliberazione del Consiglio Direttivo dell'Associazione, al sanitario designato in terna immediatamente dopo il rinunciante.

Avvertenza. — Le domande non corredate di tutti i documenti come sopra richiesti e quelle corredate con documenti irregolari verranno considerate come non pervenute e senz'altro restituite agli interessati. Il Presidente. Avv. Ascione.

Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'avvocato Ascione, via Mercede 42 (Roma), nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 18 alle 19.

S. Angelo in Vado (*Pesaro*). — Due condotte, di cui una di città, con la direzione dell'Ospe-

dale, ed una di campagna. Scadenza 23 novembre. V. N. 45.

SANTA CROCE DEL SANNIO (*Benevento*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio annuo lorde L. 5000. Età massima anni 45, salvo ecc. legge e le esenzioni di cui all'art. 26 R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889. Le domande, con vaglia di L. 50,20, dovranno pervenire alla R. Prefettura di Benevento entro 45 giorni dal 6 novembre 1929. Per chiarimenti sui documenti ecc. rivolgersi alla Segreteria Comunale di Santa Croce del Sannio.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). — Al 30 nov., ore 19; L. 9000 fino a 1000 pov., addizion. L. 5; 5 quadrienni dec.; c.-v.; per trasp. L. 800-1600-3000; se uff. san. L. 500; dichiaraz. del Segretario politico del luogo; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50.

TRESCORE BALNEARIO (*Bergamo*). — Due condotte. Scadenza 15 dicembre. 1ª Condotta, 3400 ab., di cui 675 poveri; stip. res. L. 6500; uff. san. L. 1000. 2ª Condotta, 3100 ab., di cui 933 poveri; stip. res. L. 6500, indenn. trasporto lire 2500. Per ambedue L. 2 per ogni povero; L. 5 per ogni povero ammesso alla sola cura medica. Caro viveri e 5 quinquenni.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Primario della Sezione Oftalmica; scad. ore 18 del 26 nov.

VICENZA. *Ospedale Civile.* — Anatomo-patologo, cui sarà affidata la direzione sanitaria dell'Ospedale; per la carica di anatomo-patologo L. 6000 e 50 % degli esami ai privati; per la direzione L. 15.000, oltre L. 3000 serv. att. e L. 4000 indennità alloggio; 6 trienni 5 %.

Primario di radiologia e terapia fisica; L. 4500 e 50 % esami ai privati; divieto esercizio professionale libero.

Per i due concorsi scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSO A PREMI E BORSE DI STUDIO.

Fondazione Colasanti

Presso la R. Università di Roma è aperto un concorso a un Premio della « Fondazione Colasanti » fra i laureati in medicina e chirurgia. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia in detta Università durante l'ultimo quadriennio scolastico, i quali vi abbiano seguito l'intero corso universitario. Istanze al Rettore non più tardi delle ore 12 del 30 novembre.

Al concorso dovranno presentarsi una o più memorie originali a stampa, su argomenti di farmacologia sperimentale; esse dovranno essere consegnate in Rettorato non più tardi delle ore 12 del 1° giugno 1930.

Il premio sarà di L. 1000 (mille) e verrà pagato al vincitore in otto rate uguali mensili posticipate. Per ritirare le quali il vincitore dovrà esibire un attestato di diligenza da rilasciarsi dal professore di farmacologia sperimentale, nella quale materia il vincitore ha l'obbligo di perfezionarsi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La Facoltà Medica di Roma ha chiamato alla cattedra di patologia generale, da Catania, il prof. Guido Vernoni, quale successore del rimpianto prof. Bignami.

All'insigne studioso i nostri cordiali rallegramenti.

Il ten. colonn. medico prof. N. Bruni ha conseguito un Primo premio di L. 1600 per una memoria dal titolo: « La sterilizzazione della medicatura per uso militare ».

Alla cattedra di farmacologia di Gottinga è stato chiamato da Rostock il prof. Ernst Frey quale successore di W. Heubner.

Alla cattedra di psichiatria di Bonn è stato chiamato il prof. Hübner, quale successore di Westphal.

NOTIZIE DIVERSE.

9° Congresso italiano di Radiologia Medica.

Si svolgerà in Torino nel maggio 1930 sotto la presidenza del prof. M. Bertolotti.

È intento della Presidenza di porre a punto le questioni inerenti a due temi di particolare importanza clinica.

Il primo tema riguarda la: « Diagnosi radiologica dei tumori intracranici » ed è affidato a due relatori, Nuvoli di Roma che svolgerà la parte di anatomia radiografica normale cranica, e Montanari di Ancona che svolgerà la parte inerente all'indagine radiologica dei tumori basilari dell'encefalo.

Il secondo tema riguarda la « Cura delle emopatie con le radiazioni » ed è affidato a due relatori, Siciliano di Firenze e Bignami di Pavia, ai quali si aggiungerà il clinico di Pavia prof. Ferrata che illustrerà, in una conferenza, le questioni cliniche più importanti inerenti all'argomento.

In attinenza a deliberazioni prese, si tratteranno in sede di Congresso solamente quelle comunicazioni che riguarderanno i temi scelti. Inoltre, perchè ogni comunicazione possa essere debitamente svolta, la presidenza rende noto che solo verranno accolte le comunicazioni di cui perverranno titolo e sunto entro il mese di febbraio 1930.

Al Congresso sarà annessa un'Esposizione di materiale radiologico nazionale ed estero.

21° Congresso francese di medicina.

È stato indetto a Liegi (Belgio) nel 1931, sotto la presidenza del prof. de Beco; segretario generale il dott. Roskam. Temi: « Gli stati ipertiroidei »; « Il metabolismo del calcio »; « Trattamento insulinico degli stati non diabetici ».

15° Congresso francese di medicina legale.

Il XV Congresso di medicina legale di lingua francese si terrà a Parigi dal 26 al 28 maggio 1930, sotto la presidenza del dott. Dervieux. Temi:

Medicina legale: A) La morte improvvisa; rela-

tori Héger-Gilbert e De Laet (Bruxelles), Laignel-Lavastine (Parigi); *B*) La responsabilità medica, relatori Dormedin (Vabres), Duvoir (Parigi).

Infortunistica: L'osteomielite traumatica; relatori Leroy e Muller (Lilla).

Criminologia: La criminalità mistica nelle società moderne; relatore Costeodat (Parigi).

Congressi polacchi di medicina.

Alla fine di settembre si adunò a Wilna il 13° Congresso medico della Polonia. Nella stessa occasione si tenne il 4° Congresso degli stomatologi polacchi.

Giornate mediche di San Sebastiano.

Come avevamo annunziato, si sono svolte dal 15 al 30 settembre, sotto la presidenza del dott. Eizeguirre. Sono state consacrate per intero alla tubercolosi. Vi hanno partecipato un centinaio di medici spagnoli e stranieri. Tra i docenti, oltre a numerosi tisiologi spagnoli, figuravano alcune personalità straniere: Radaelli di Milano, che trattò il tema « Cura chirurgica della tubercolosi polmonare », illustrato da una cinematografia; Labbé di Parigi, che si occupò dei rapporti tra diabete e tubercolosi; Sauerbruch di Berlino non potè intervenire.

Per unificare le statistiche internazionali delle cause di morte.

In seguito ai risultati della Conferenza Internazionale per la revisione delle nomenclature nosologiche per la statistica delle cause di morte, adunatasi a Roma, è stato approvato un protocollo che rappresenta un importante passo verso la reale unificazione delle statistiche internazionali delle cause di morte.

È stata deliberata la classificazione obbligatoria delle morti per sesso e per gruppi di età. Tali gruppi comprendono i morti sotto un anno, da 1 a 4 anni, e poi gruppi quinquennali fino a 14 anni e decennali dai 15 anni ai 64.

Si sono altresì approvate le raccomandazioni che presso i vari paesi sia fatta opera di istruzione e di propaganda fra gli studenti di medicina e presso i medici, al fine di avere sempre più precise indicazioni nei certificati di morte; lo studio dell'unificazione internazionale dei certificati di morte; la classificazione delle cause molteplici di morte iscritte nei certificati; la raccomandazione di pubblicare almeno per un anno o meglio per una serie di anni le statistiche delle cause di morte secondo la nomeclatura approvata nel 1920 o secondo la nomeclatura approvata nell'attuale conferenza, e ciò al fine di stabilire la comparabilità delle varie statistiche.

Nell'Opera Nazionale Invalidi di guerra.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto con cui si provvede alla riforma dell'Amministrazione Centrale dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli Invalidi di guerra. Per effetto di tale provvedimento il Consiglio di Amministrazione dell'Opera vien ridotto da ventitrè ad undici membri, nominati tutti con decreto Reale, su proposta del Capo del Governo, e viene anche ridotto da 7 a 5 il numero dei componenti il Comitato esecutivo.

Per gl'Istituti Universitarî di Bologna.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato la costituzione definitiva del Consorzio per assicurare la costruzione o l'ampliamento di alcuni istituti universitari a Bologna.

Verrà sostenuta la spesa globale di 58.150.000 lire, in cui lo Stato concorrerà con 30 milioni, il Comune con 14.330.000, l'amministrazione ospedaliera con 8.400.000, la Provincia con 4 milioni, altri Enti con 1.450.000.

Nella somma globale, 26 milioni sono destinati alle Cliniche universitarie del Policinico di S. Orsola, 1 milione alla nuova Clinica delle malattie mentali e nervose.

Il nuovo Ospedale Civile di Livorno.

Il 7 novembre, presenti il Prefetto, il segretario federale, il Podestà, il comandante la Divisione gen. Stringa, l'ammiraglio Cavagnari e molta folla, venne posta, a Livorno, la prima pietra del nuovo grandioso Ospedale civile che potrà contenere 1500 letti. Il costo è preventivato in venti milioni. L'edificio sarà inaugurato il 28 ottobre 1931. Subito dopo la cerimonia sono stati iniziati i lavori.

Dispensario antitubercolare a Fiume.

Il 28 ottobre venne inaugurato a Fiume il dispensario antitubercolare, costruito nel Parco Regina Margherita, del costo di 350 mila lire.

Sosta dei veicoli di medici a Siena.

Il Podestà di Siena ha deliberato di autorizzare la sosta degli autoveicoli di proprietà dei Medici Chirurghi nei pressi delle abitazioni degli ammalati che abbisognino di prestazioni professionali e per il tempo strettamente necessario alla visita di questi, sempre quando la larghezza della strada la consenta, secondo le norme di cui all'art. 23 del R. D. L. 2 dicembre 1928, n. 3179; ad eccezione delle vie di Comolia, Cavour, Trieste, Città, Stalloreggi, Trento, Terme e Cesare Battisti.

Ciascun Sanitario che intenda valersi della concessione dovrà provvedersi della speciale targhetta da applicarsi dinanzi al radiatore e da fornirsi dall'Ufficio di Polizia Municipale, sulla prova del possesso della macchina e previo rimborso della spesa di costo in lire sei.

Per onorare la memoria di Luigi Mangiagalli.

Un appello lanciato dalle Dame patronesse e visitatrici dell'Istituto del Cancro, per onorare la memoria del suo fondatore sen. Luigi Mangiagalli, ha ottenuto il conforto di commoventi consensi e di generosi contributi. Come è noto, il predetto Comitato si propone di completare ed incrementare la grandiosa opera di scienza e di umanità alla quale, da quasi due anni, assolve l'Istituto Vittorio Emanuele III, dovuto alla geniale iniziativa patriottica dell'illustre scomparso.

Fra le oblazioni pervenute alla Presidenza, notevoli, quella di S. M. la Regina e molte altre per l'importo complessivo di circa 100.000 lire.

Nuove stazioni sanitarie nell'Agro Romano.

Il Governatore di Roma ha appaltato i lavori per due nuove stazioni sanitarie, a Casalotti di Porcareccia e Castel di Guido. È preventivata la spesa di lire 225.000 per ciascuna di esse.

I medici in Svizzera.

Il comitato centrale dell'« Associazione Svizzera dei Medici » ha comunicato alla stampa una nota, con la quale richiama l'attenzione dei giovani che si apprestano a intraprendere gli studi medici, sul fatto che la professione medica diviene sempre più ingombra. Nel 1889 su di una popolazione di 2,9 milioni d'abitanti la Svizzera contava 1530 medici; nel 1908 su 3,65 milioni di abitanti i medici erano saliti a 2230; nel 1926 su 3,9 milioni di abitanti i medici raggiunsero il numero di 3100. Dunque dal 1889 al 1908 la popolazione è aumentata di 26 %, mentre i medici sono aumentati di 46 %; dal 1908 al 1928 la popolazione è aumentata solo di 6,8 %, i medici di 39 %.

Scuola di odontoiatria e protesi dentaria a Bologna.

Sono aperte le iscrizioni per l'anno scolastico 1929-30 ai Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, per i laureati in medicina e chirurgia. Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione delle domande e nel versamento delle tasse.

Le iscrizioni si chiuderanno improrogabilmente il 30 novembre.

Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, via S. Vitale 59, Bologna.

Uccissione pietosa.

È stato assolto l'inglese Richard Corbett, che nel maggio scorso aveva ucciso la madre per liberarla dalle atroci sofferenze del cancro e poi aveva tentato di suicidarsi.

Corso di integrazione alla R. Scuola di Sanità Militare Marittima.

Il 17 ottobre nell'aula delle lezioni della R. Scuola di Sanità Mil. Marittima a Piedigrotta in Napoli, fu inaugurato il X Corso d'Integrazione per i tenenti medici della R. Marina.

Alla cerimonia modesta ed austera intervennero il capo di Stato Maggiore com.te Miraglia in rappresentanza di S. E. Nicastro comandante il Dipartimento Marittimo, S. E. l'ammiraglio Solari, residente dell'Ente Autonomo del Porto, il sen. prof. Giovanni Pascale, direttore della Clinica Chirurgica, parecchi ufficiali generali, personalità del mondo medico napoletano e colleghi del R. Esercito e della R. Marina.

Il direttore della Scuola, col. medico dott. Achille Prisco espose con sobrie parole la necessità per gli ufficiali medici di Marina di approfondire lo studio di quelle discipline che non possono essere completamente svolte nei corsi universitarii, specialmente l'igiene navale, la patologia esotica, la medicina legale militare. Additò ai giovani colleghi la via da seguire, rievocando il sacrificio di compagni in qualsiasi circostanza e nell'ultima guerra; ed elevando il pensiero alla Maestà del Re ed all'opera diuturna ed instancabile del Duce, porse loro il saluto augurale.

Il prof. Tuffier, morto in età di 72 anni a Parigi, fu uno dei maggiori rappresentanti della chirurgia francese contemporanea. Audace quanto abile, di una cultura profonda e varia, fu sempre tra i primi a tentare le nuove operazioni, se promettenti; fu sempre nel rango degli iniziatori e dei promotori, in tutti i campi della chirurgia: polmonare, renale, nervosa, ecc. Non fu professore titolare; ma non ebbe bisogno della cattedra ufficiale per affermarsi quale educatore e maestro: la sua riputazione era universale. Le pubblicazioni e le comunicazioni alla « Société de chirurgie » e all'« Académie de Médecine » di Parigi furono numerose e tutte improntate ad una perfetta conoscenza delle questioni trattate, che egli esponeva con perfetta chiarezza e con precisione notevole. Viaggiò molto fuori della Francia. R.

Si è spento a Roma il prof. AZZO CATTAROZZI, primario all'Ospedale di San Giovanni, studioso e professionista valoroso e reputato, di alto sentire.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

PERIODICI EDITI DALLA NOSTRA CASA

Sommari dei Numeri pubblicati nel mese di Novembre 1929:

"IL POLICLINICO,,

SEZIONE MEDICA (mensile)

diretta dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il Numero 11 (1° Novembre 1929) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - F. ROCCHI: Parotite epidemica. Tentativi di riproduzione sperimentale negli animali e ricerche sulla secrezione salivare.
II. - F. FASELLA: Contributo alla conoscenza delle complicazioni nervose della varicella.
III. - M. FABERI: Un caso di complicazione nervosa in seguito a vaccinazione antivaiuolosa.
IV. - U. FERRI: Contributo alla rinovaccinazione antidifterica.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **55**.
PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

SEZIONE CHIRURGICA (mensile)

diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il Numero 11 (15 Novembre 1929) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - A. BERTOCCHI: Sull'impiego della trasfusione di sangue nel trattamento delle infezioni chirurgiche.
II. - E. CAPECCHI: Contributo allo studio delle esostosi osteogenetiche.
III. - G. MONTEMARTINI: Comunicazioni artero-venose anormali.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **55**.
PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 6

I non abbonati a dette Sezioni Medica o Chirurgica potranno riceverli inviando il rispettivo importo mediante vaglia postale, all'Editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14 — Roma.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Il Numero 11 (Novembre 1929) contiene:

Osservazioni di clinica: E. BORGHESAN: Sul significato della localizzazione dell'infezione tubercolare nella tonsilla e nell'ipofaringe.
Raccolta di fatti: G. GAMMARROTA: Sindrome rinorroica da brightismo. Contributo alla conoscenza delle grandi sindromi oto-rino-laringoiatriche.
Esperimenti e saggi: G. GUIDA: La laringe nelle tossicosi saturnine.
Terapia: B. SIMONETTA: Prove di terapia col piombo colloidale nel campo otorinolaringoiatrico.
Affinità e analogie: A. ROMAGNA-MANOIA: Alcune osservazioni di lingue solcate in fanciulli anormali.
Idee e metodi nuovi: G. BILANCIONI: Nuova pinza per laringofessura.
Recensioni: Sulla patogenesi della paralisi del nervo facciale nell'otite media acuta. — Contributo allo studio ed alla terapia delle adeniti geniene croniche di origine dentale. — Sull'eredità dell'oxicefalia. — Sulla patogenesi di alcune fistole mentoniere. — Ritenzione del molare superiore sinistro della saggezza con sintomatologia a carico della seconda branca del trigemino. — Contributo allo studio della anatossivaccinazione antidifterica per via nasale. — Ricerche sulla colesterinemia e sulla calcemia negli ammalati di carie dentale. — Infiltrazione neoplastica dei mascellari da osteoradionecrosi. — Strumiti purulente. — La laringe nelle prostitute. — Osservazioni statistico-cliniche sul croup difterico con speciale riguardo agli interventi operativi. — Il vomito di aerofagia del lattante. — Sulla patogenesi della carie circolare dei denti decidui. — Rapporti leucocitari ed intradermoreazione negli asmatici. — Sul valore del tasso dei cloruri nel liquido cefalo-rachidiano per la diagnosi di meningite tubercolare. — Risultati di vaccinazioni per via endonasale con anatossina difterica. — Considerazioni etiopatogenetiche sulle malformazioni congenite multiple. — Sulla flora micotica della cavità orale in condizioni normali e patologiche. — Degli adenomi papilliferi della tiroide (papillomi di Langhans). — Sulle paralisi post-difteriche. — Breve nota sulla tecnica del sondaggio esofageo.
La nota storica. **Domande dei lettori**.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60**.
Un numero separato L. **6**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**.

A richiesta si invia numero di saggio

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. CESARE PEZZI

Il Numero 11 (Novembre 1929) contiene:

Lavori originali. — I. - U. ARCANGELI: Osservazioni in una malata di vizio congenito di cuore con cianosi. — II. - A. BIZZARRI: Contributo casistico di cardiopatie congenite in adulti. — III. - A. GALLUPPI: Diabete mellito ed arteriosclerosi. Rapporti tra iperglicemia ed ipertensione. (Contributo clinico ed anatomo-patologico).
Rassegne, Riviste e Congressi. — **Fisiopatologia**: L. GAUGIER: Un elemento capitale nella patologia e terapia delle vene. La nozione della fragilità venosa. — **Anatomia patologica**: GERAUDEL, BRODIN, LEREBOULLET: Un caso di sindrome di Adams-Stokes mortale. — **Clinica**: BACHMANN: Tipi clinici di edema nell'insufficienza cardiaca dei bambini. — EAST, CURTIS BAIN, FALKLAND: Infarto cardiaco senza dolore. — AGOSTONI: Un caso di lesione della branca destra del fascio di His, sospettata clinicamente, diagnosticata con l'elettrocardiogramma e controllata all'autopsia. — R. LÉVY: Valore semeiologico delle alterazioni del complesso ventricolare elettrico nelle sindromi anginose. — E. GERAUDEL e A. VALENSI: Un caso mortale di sindrome di Adams-Stokes. — **Terapia**: O. MEZA, DUSSERT, SANHUEZA, MUNOZ: Riabilitazione di un tonico cardiaco: la convallamarina.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60**.
Un numero separato L. **6**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**.

A RICHIESTA SI INVIA NUMERO DI SAGGIO

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 11 (Novembre 1929) contiene:

Lavori originali: F. LORENZETTI: Sulla vaccinazione regionale curativa e preventiva nella gonorrea femminile.
Fatti e documenti: P. MANDRUZZATO: Di un caso di prolasso di placenta.
Apparecchi e strumenti nuovi: S. SIRENA: Modifica alla candeletta uterina per la provocazione del parto prematuro alla Krause al fine di una pronta e più sicura asepsi.
La rubrica degli errori: U. SCALFI: Polipo vaginale ad impianto endocervicale scambiato per cancro inoperabile del collo dell'utero.
Dalla pratica, per la pratica: U. LA MONICA: Un accorgimento per non errare la diagnosi di posizione nelle presentazioni di vertice.
La rubrica medico-legale: P. GAIFAMI: Sulla necessità di assicurarsi della indicazione medica prima di provocare un aborto.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Perchè la prognosi della appendicite è più grave in gravidanza? — Pelvi-radiografia a scopo ostetrico. — Diagnosi e trattamento della asfissia fetale. — Errori e successi in un parto distocico. — **Ginecologia**: Estensione dei mezzi di contrasto allo studio dell'app. gen. femminile. — I lipiodol uterini. — Diagnosi dei fibromiomi sottomucosi con l'isterografia. — Endometriosi dopo la salpingectomia. — Diatermo-coagulazione nel trattamento del cancro del collo dell'utero. — Gravidanza tubarica recidiva dall'istesso lato. — Insufficienza uretrale. — **Eugenica**: Sterilizzazioni coattive. — Influenza dell'alimentazione sulla riproduzione e sui caratteri della prole. — Per migliorare la nati- e neonati-mortalità. — Sul rapporto fra numero e mortalità della prole. — Danni demografici del lavoro materno in gravidanza. — L'eugenetica in America.
I libri.
Varietà.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60**.
Un numero separato L. **6**; Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**.

A richiesta si invia numero di saggio

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale...

Pubblicazioni a disposizione degli abbonati del "Policlinico„ con agevolazioni sul prezzo di copertina.

☛ Per l'ITALIA, le sottoelencate pubblicazioni si possono ricevere anche in piego o pacco gravato del loro rispettivo importo; ma, in questo caso, il loro ammontare viene aumentato delle occorrenti tasse di Assegno e del Vaglia di rimborso. Si tenga dunque presente che il mezzo più semplice, rapido ed economico è quello di rimetterne l'ammontare mediante Vaglia postale o con Chèque bancario riscuotibile in Roma.

☛ Per l'ESTERO, a causa delle maggiori spese postali necessarie per la spedizione, l'importo dei libri va aumentato nella misura del 10 per cento e l'ammontare complessivo deve essere inviato mediante Chèque o Vaglia bancario riscuotibile in Roma, non potendosi eseguire, come per l'Italia, la spedizione gravata di assegno.

MATERIA MEDICA E TERAPIA.

TECNICA TERAPEUTICA RAGIONATA MEDICA E CHIRURGICA. (Prof. B. MASCI). Prefazione del prof. A. CARDUCCI. Volume di pagg. VIII-845 con 273 figure nel testo rilegato in tela. Prezzo L. 78. Per i nostri abbonati sole L. 72.

SINDROMI D'URGENZA. *Cause, Diagnosi e Terapia.* (Dott. C. SANTORO). Prefazione dei Proff. T. FERRETTI e G. ANTONELLI. Volume di pagg. XII-400. Prezzo L. 45. Per i nostri abbonati sole L. 41.90.

LA TERAPIA CLINICA NELLA MEDICINA PRATICA. (Prof. L. FERRANNINI). *Indicazioni-Prescrizioni igieniche, fisiche, dietetiche e farmaceutiche* Volume di pag. VIII-574, rilegato in tela. Prezzo L. 58. Per i nostri abbonati sole L. 53.

PRONTUARIO TERAPEUTICO. *Vademecum per il pratico.* (Dott. E. VENEZIAN). Prefazione del prof. U. ARCANGELI. Volume di pagg. VIII-324, rilegato in tela flessibile. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. [illegible]

RADIUMTERAPIA. *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del prof. F. GHILARDUCCI. Volume di pag. IV-150, con 5 tavole e 5 figure nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. *Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.* (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del prof A. SCLAVO. Un volume, di pagg. VIII-80, con 21 figure nel testo. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati L. 10.80

COME SI ASSISTE UN MALATO? COME SI SOCCORRE UN FERITO? *Guida pratica per infermieri ed infermiere.* (Prof. G. QUARTA). Quarta edizione Volume di pagg. XII-312 con 112 figure nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

CLINICA MEDICA - PATOLOGIA MEDICA - SEMEIOTICA - DIAGNOSTICA.

LE MALATTIE DEL SANGUE. *Manuale pratico per medici e studenti.* (Prof. M. GHIRON). Volume di pagg. XII-416, con 49 figure nel testo e 5 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 68. Per i nostri abbonati sole L. 60.

IPOTENSIONE E IPOSFIGMIA - DEFICIENZE DI CIRCOLO. (Dott. A. LUISADA). Prefazione del prof. C. FRUGONI. Volume di pagg. XVI-352, con 52 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 45. Per i nostri abbonati sole L. 41.90.

DIAGNOSTICA MEDICA E MEZZI SUSSIDIARI DI LABORATORIO. (Prof. V. GIUDICEANDREA). Volume di pagg. XVI-488, con 122 figure in nero e a colori nel testo. Prezzo L. 68. Per i nostri abbonati sole L 60.

L'ESAME FUNZIONALE DELL'APPARATO RESPIRATORIO. *L'insufficienza respiratoria in Clinica.* (Prof. R. MONTELEONE). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Vol. in-8°, di pagg. VIII-267, con 30 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 32. Per i nostri abbonati sole L. 29,75.

I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA. (J. B. URRY). Traduzione della 3ª edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal dott. GIUSEPPE DRAGOTTI. Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di pagine VIII-296, con 23 tavole intercalate ed una a colori fuori testo, rilegato in tela. Prezzo L. 45. Per i nostri abbonati sole L. 42.25.

NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE. (Prof. G. SANARELLI). Volume di pagg. VIII-184, con 28 figure nel testo. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 22.50.

IL GRANULOMA MALIGNO. *Morbo di Hodkin.* (Prof. E. TRENTI). Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di 176 pagine, con 18 figure e 9 tabelle termometriche in tavole fuori testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16,50.

L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI (Prof. P. STANGANELLI). Volume di pagine VIII-100. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10.75.

LA CIRROSI EPATICA. *Studio critico e clinico.* (Prof. G. SABATINI). Volume di pagg. VIII-102. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13,75.

LE DOLICOCOLIE. *Studio clinico e radiologico.* (Prof. D. MAESTRINI e Dott. M. MUZII). Prefazione e lettera del prof. sen. G. B. QUEIROLO. Volume di pagg. VIII-120, in carta americana, con 58 figure nel testo. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 18.

LA PERNICIOSITA NELLA MALARIA. (Prof. E. MARCHIAFAVA). Volume di pag. 66, con tre grafiche nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10,90.

GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA, *raccolti e ordinati dal* Prof. A. PERRONCITO. Volume di pagg. VIII-264 con figure intercalate nel testo e tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 45. Per i nostri abbonati sole L. 41,75.

LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE. (Prof. F. TORTI). Traduzione italiana del dott. G. LEGA dalla edizione latina stampata a Venezia nel MDCCLV. Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI. Volume di pagg. XXXII-308, col ritratto del TORTI riportato su una finissima calcografia ed una Tavola « **Lignum Febrium** » fuori testo. Prezzo L. 40. Per i nostri abbonati sole L. 36.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.

ANNO XXXVI — Roma, 25 Novembre 1929 — Num. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

R. Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI.

L'allergia tubercolare.

Prof. dott. ENRICO TRENTI, aiuto e docente.

Il concetto di allergia trova la sua origine nelle esperienze di R. Koch sulla tubercolosi sperimentale e nei vari aspetti di quello che è da tutti conosciuto ed indicato come « fenomeno di Koch ». Due punti fondamentali delle esperienze di Koch sono rappresentati dal fatto che in un animale tubercolizzato, il focolaio determinato da una reinfezione tende alla guarigione attraverso le varie fasi di una lesione ulcerativa che volge a cicatrizzazione senza compartecipazione delle ghiandole regionali, e dal fatto che in un animale tubercolizzato sei od otto settimane prima, può essere provocata rapidamente la morte con iniezione di bacilli tubercolari uccisi o di tubercolina, in dose innocua per un animale sano.

In questi due fatti risiedono i principi di una possibile maggiore resistenza dell'animale tubercoloso di fronte alla reinfezione e quello di una maggiore sensibilità dell'animale tubercoloso di fronte alle varie sostanze costitutive del bacillo tubercolare o ai veleni bacillari. Maggiore resistenza contro la reinfezione ed ipersensibilità dell'individuo tubercoloso sono i due fatti che dominano nella patologia della tubercolosi e nello studio delle modalità di reagire dell'individuo di fronte alla infezione da bacillo di Koch.

Ed appunto in questi due elementi fondamentali sta la base del concetto di allergia, come venne enunciato da V. Pirquet, intendendosi con esso il diverso modo di reagire contro l'infezione: diverso modo di reagire che può talora manifestarsi con i segni di una maggiore resistenza, talora con i sintomi di una aumentata sensibilità. Nello sviluppo degli studi immunitari, al concetto di immunità racchiudente il significato di aumentata resistenza od anche di refrattarietà di fronte ad una causa infettante, si è aggiunto il concetto di anafilassi quale espressione di una particolare esagerata sensibilità dell'organismo sempre conseguenza di una precedente penetrazione del virus nell'organismo stesso. Il concetto di allergia si aggiunge a quello di immunità ed a quello di anafilassi, ma non può comprendersi nell'uno o nell'altro, poichè significa quella modificata reazione dell'organismo dipendente sì dalla precedente infezione ma che può manifestarsi sia con fenomeni di diminuita risposta all'azione della causa infettante, sia con fenomeni di aumentata sensibilità di fronte alla causa stessa.

Questi due aspetti dello stato allergico possono esistere contemporaneamente nello stesso individuo, ed è dalla varia combinazione di essi e dal prevalere dell'uno o dell'altro che si pensa possa essere sino ad un certo punto compreso il vario evolvere della forma clinica di tubercolosi pure tenendo conto di tutte le diverse cause che possono fare risentire la loro influenza diretta od indiretta sull'andamento della malattia.

*
* *

Volendo passare in rapida rassegna lo stato attuale delle nostre conoscenze sulle manifestazioni dello stato allergico nella tubercolosi, dobbiamo considerare entrambi gli aspetti dell'allergia e cioè da una parte quanto è espressione di una maggiore resistenza contro l'infezione, vale a dire di immunità, dall'altra quanto è espressione di ipersensibilità.

I. — IMMUNITÀ.

Le varie reazioni che la immunologia ha proposto e studiato nelle diverse malattie infettive per cercare di penetrare nell'intimo meccanismo della difesa organica contro il virus delle infezioni e per cercare di comprendere quale sia la ragione della immunità sia essa naturale (congenita od acquisita) sia essa artificiale, sono state tutte applicate allo studio della infezione tubercolare, ma veramente con risultati non molto soddisfacenti.

Senza volere entrare in tutti i minuti particolari di ogni singola reazione per quanto concerne la tecnica e per quanto riguarda le varie modalità proposte dai vari ricercatori, credo sufficiente riassumere lo stato attuale delle nostre conoscenze in rapporto con ogni singola reazione avendo particolare riguardo al valore che ad ognuna di esse si deve dare in rapporto al giudizio sullo stato immunitario del soggetto. Ma giova anzitutto tenere presente che se in un primo tempo nello studio delle varie malattie infettive la positività di queste reazioni venne considerata come un indice dello stato di difesa nel senso immunitario vero e proprio, secondariamente si è assegnato a queste reazioni il valore soltanto di una reazione generica dell'organismo di fronte alla azione antigenica del virus di infezione, reazione che si traduce nella formazione di quelle sostanze indicate come anticorpi riconoscibili soltanto per i fenomeni particolari che si verificano quando esse siano poste a contatto con il rispettivo antigene.

Ed infatti è noto come detti anticorpi possano essere presenti nel siero in quantità rilevante senza che dal punto di vista clinico si possa ammettere l'esistenza di uno stato di immunità.

Basta infatti ricordare come sia tutt'altro che rara la constatazione di una recidiva nel tifo pure riscontrandosi una agglutinazione ad alto titolo nel siero di sangue per il bacillo del tifo. Ed inversamente bisogna ammettere che l'immunità dell'individuo di fronte ad una determinata malattia infettiva possa verificarsi anche mancando il riscontro nel siero dell'individuo stesso di anticorpi specifici per il germe causa dell'infezione.

Infatti sappiamo che l'immunità per il tifo perdura per molti anni dopo superata l'infezione, eppure dopo un periodo relativamente breve di tempo, in media un anno o poco più, non sono più dimostrabili nel siero di sangue anticorpi sia agglutinanti che devianti il complemento. Si può quindi avere immunità senza presenza di anticorpi nel siero di sangue, e possono essere presenti gli stessi anticorpi senza che si possa affermare l'esistenza di uno stato immunitario.

Premesse queste considerazioni di ordine generale, si comprende come possa essere difficile e fallace il giudicare di un eventuale stato di immunità dalla positività di quelle reazioni che rappresentano soltanto la risultante di fenomeni non ancora completamente chiariti e verificantisi ogni qual volta si trovino a contatto un antigene ed il rispettivo anticorpo.

Nello studio delle diverse modalità di reazione dell'individuo di fronte al virus tubercolare sono stati presi in esame, per quanto si riferisce ad una eventuale reazione di difesa, i vari poteri già riscontrati e studiati nelle altre malattie infettive come espressione della presenza nel siero di particolari sostanze. Si è cioè ricercato e studiato il potere antitossico, precipitante. agglutinante, bacteriolitico, ecc. del siero di sangue degli individui affetti da forme tubercolari a decorso clinico apparentemente benigno e degli animali sperimentalmente infettati con dosi non mortali di virus tubercolare.

Potere antitossico. — Le prime ricerche in proposito sono state compiute dal Löwenstein e dal Römer mescolando il siero di animali immunizzati contro una reinfezione con dosi varie di tubercolina, indi iniettando la mescolanza in animali tubercolosi. Si sono riscontrati in questi animali gli stessi fenomeni che si verificano iniettando negli animali tubercolosi della tubercolina pura, onde non appariva dimostrabile nel siero di animali tubercolosi, resi resistenti contro una reinfezione, la presenza di sostanze antitossiche capaci di neutralizzare l'azione tossica della tubercolina, così come invece si poteva facilmente dimostrare negli animali immunizzati contro la difterite la presenza nel siero di un elevato potere neutralizzante della tossina difterica.

Nella reazione quindi dell'individuo di fronte al virus tubercolare non sembra si abbia la formazione di sostanze antitossiche particolari capaci di neutralizzare la tubercolina e dimostrabili con gli stessi mezzi con i quali è possibile dimostrare la presenza di antitossine in altre malattie infettive.

Potere agglutinante. — Nel corso della maggior parte delle infezioni, compare nel siero di sangue la proprietà di determinare l'agglutinazione del germe causa dell'infezione, ed abbiamo già notato come ciò rappresenti la reazione dell'organismo di fronte all'antigene rappresentato dal germe e come non si possa dalla agglutinazione avere un giudizio sul grado di immunità del soggetto. Nella reazione dell'individuo durante il corso dell'infezione tubercolare possono comparire nel siero di sangue agglutinine specifiche per il bacillo di Koch, come già ha dimostrato il Römer con le sue ben note esperienze nelle capre. Per altro, secondo alcuni autori, tali agglutinine sarebbero presenti allo stesso tasso nei sieri normali, mentre il Römer avrebbe trovato che talora il titolo agglutinante del siero degli animali immunizzati contro la tubercolosi può raggiungere valori assai elevati. Però lo stesso autore ha pure riscontrato che il titolo agglutinante poteva modificarsi notevolmente e rapidamente, dimostrando un evidente abbassamento, mentre l'animale presentava ancora uguale grado di immunità di fronte alla reinfezione. La particolare reazione quindi dell'individuo tubercoloso durante il corso dell'infezione non si accompagna alla produzione nè elevata nè costante di agglutinine per il bacillo di Koch, mentre contemporaneamente l'individuo stesso può essere resistente di fronte alla reinfezione. Ciò si intende al di fuori ed indipendentemente da tutti quei metodi che hanno cercato di trarre dalla prova dell'agglutinazione un elemento sussidiario per la diagnosi della infezione tubercolare e che pure avendo lo stesso fondamento, rappresentano ben altro di quanto è studio dei rapporti che possono intercedere fra comparsa di potere agglutinante ed immunità.

Potere bacteriolitico. — A simiglianza di quanto è stato dimostrato in altre malattie infettive, anche nel corso della infezione tubercolare è stato ricercato il potere bacteriolitico tanto in vivo che in vitro. Ripetendo le esperienze di Pfeiffer, Deycke e Much credettero di potere facilmente dimostrare l'esistenza di bacteriolisine in vivo, iniettando bacilli tubercolari nel peritoneo di cavie portatrici di una lesione tubercolare e constatando poi che i bacilli iniettati mostravano fenomeni di degenerazione sino alla loro scomparsa. Argomentarono da ciò che fosse avvenuta una lisi dei bacilli tubercolari nel peritoneo. La possibilità di una bacteriolisi in vitro era stata messa in evidenza già dal Maragliano. Alle conclusioni di Deycke e Much, vennero mosse serie obbiezioni dal Calmette e dalla sua scuola con la dimostrazione che non esiste una vera bacteriolisi, ma che alla inoculazione nel peritoneo, per il contatto del siero dell'animale immune col bacillo tubercolare, si ha la comparsa di una agglutinazione, e quindi la fissazione dei germi agglutinati in alcuni punti del peritoneo, sì che riesce più difficile ed incerto il poterli successivamente ritrovare. È stata cercata per altra via la dimostrazione della bacteriolisi, utilizzando la reazione di deviazione del complemento, impiegando come antigene sia i bacilli tubercolari convenientemente trattati, sia la tubercolina. Quantunque si siano ottenuti risultati positivi in una percentuale abbastanza elevata, si è però osservato, come per l'agglutinazione, che il risultato della reazione può facilmente variare da un momento all'altro e con il siero dello stesso animale, senza contemporanea apparente modificazione dello stato di resistenza dell'animale di fronte alla reinfezione.

Potere precipitante. — Ricercando le precipitine nel siero di animali tubercolosi resistenti contro una reinfezione, si è osservato che ponendo a contatto il siero con tubercolina si può avere la formazione di un precipitato e si è quindi pensato che nella modalità di reagire dell'organismo contro il bacillo tubercolare si avesse la produzione di veri e propri anticorpi precipitanti. Però studiando più a fondo il fenomeno si è visto che si può ottenere una precipitazione anche con la sola aggiunta di acqua distillata al siero, e che anche quando la precipitazione si ottenga per la mescolanza del siero con tubercolina, con il precipitato, separato mediante centrifugazione, non si ottiene alcuna delle reazioni generali o cutanee proprie della tubercolina. Con il liquido invece liberato da ogni precipitato si ottengono le reazioni tutte della tubercolina. Da ciò emerge che la precipitazione non è dovuta alla unione di due sostanze, nel senso di antigene ed anticorpo e che la mescolanza non porta alla scomparsa della tubercolina, che rimane invece intatta nella mescolanza stessa. Questa precipitazione quindi è probabilmente in rapporto con le modificazioni fisico-chimiche del siero, sì che l'aggiunta di una sostanza a composizione particolare come la tubercolina ha lo stesso effetto dell'aggiunta di quelle sospensioni colloidali che portano ad una flocculazione. Non quindi potere precipitante del siero sulla tubercolina, ma facile flocculazione delle globuline del siero per azione fisico-chimica della tubercolina, azione fisico-chimica che può essere ugualmente esercitata da altri mezzi e persino dall'acqua distillata.

A questi elementi considerati come l'esponente di una reazione di difesa umorale dell'individuo contro l'infezione tubercolare vanno aggiunte le ricerche compiute per mettere in evidenza nel siero di tubercolosi sostanze a valore bactericida per il bacillo di Koch. Le esperienze compiute ponendo a contatto il siero di animali fortemente immuni con bacilli tubercolari ed iniettando poi la miscela in animali nuovi hanno dimostrato la facile tubercolizzazione degli animali, così come si poteva ottenere con bacilli tubercolari senza contatto di essi con il siero.

Lo studio quindi delle varie condizioni umorali dell'animale o dell'individuo tubercoloso ha portato alla considerazione che non è facilmente dimostrabile una vera e propria reazione di difesa umorale nel senso immunitario, paragonabile a quella che si riscontra in altre malattie infettive. Ciò pare possa essere messo in rapporto con il fatto che nella infezione tubercolare ha grande importanza il fattore cellulare sia esso direttamente od indirettamente responsabile di quello stato particolare di immunità per cui la reinfezione decorre con caratteri clinici ed anatomici diversi dalla infezione primaria. L'allergia tubercolare nel senso della diversa reazione dell'individuo di fronte al virus tubercolare deve tenere conto di questi elementi, dimostrandosi con ciò la particolarità della infezione stessa e la peculiare risposta che all'infezione dà l'individuo. Non è qui il caso di entrare nelle particolarità delle reazioni cellulari dell'organismo, nè di discutere l'importanza ed il valore di tali reazioni nei rapporti con la difesa contro il bacillo di Koch; basta ricordare come già nel tubercolo sia stato riscontrato un primo elemento di difesa cellulare, dipendente dalla attività protettiva del tessuto reticolo-endoteliale di origine mesenchimale.

Ma ciò che ha costituito una interessante e vasta base di studi e di osservazioni nel campo dell'allergia, e che viene per lo più considerato come l'unica espressione dell'allergia stessa, è la particolare sensibilità dimostrata dall'animale o dall'individuo tubercoloso di fronte alla tubercolina.

II. — IPERSENSIBILITÀ.

Mentre nell'individuo sano la tubercolina non determina alcun fenomeno particolare, nell'individuo tubercoloso provoca fenomeni di vario ordine, talvolta così gravi da portare a morte rapidissima.

È noto come la tubercolina determini nell'individuo tubercoloso fenomeni generali, fenomeni locali in corrispondenza del focolaio dell'infezione e fenomeni locali nel punto di inoculazione. Mentre i fenomeni generali e quelli di reazione a focolaio intervengono per la introduzione della tubercolina sotto cute o per via transcutanea, quelli locali, nel punto di inoculazione, sono particolarmente evidenti mediante il procedimento della cutireazione o della intradermoreazione.

Comunque venga ricercata e studiata la ipersensibilità alla tubercolina, è comune a tutte le reazioni il fatto certamente interessante che dette reazioni sono strettamente legate all'infezione tubercolare poichè fanno completamente difetto negli individui immuni da qualsiasi lesione tubercolare. Per altro dobbiamo qui ricordare che se la positività delle reazioni tubercoliniche dimostra la presenza di una infezione tubercolare, la negatività delle reazioni stesse può essere in rapporto o con la mancanza di qualsiasi lesione tubercolare o con la presenza di una forma particolarmente grave di tubercolosi, tale da sospendere qualsiasi potere di reazione dell'organismo.

La tubercolina impiegata per saggiare il potere di reazione dell'organismo tubercoloso, rappresenta un complesso di prodotti provenienti dalla vita del bacillo tubercolare e facilmente diffusibili nei terreni liquidi di cultura del bacillo di Koch. Dal punto di vista chimico noi sappiamo che la tubercolina è una sostanza resistente al calore, che si conserva a lungo quando sia congiunta a glicerina, che è dializzabile, che è insolubile in alcool, che non dà la reazione del biureto, che è precipitabile dall'acido tannico, dall'ioduro di potassio e mercurio, dal solfato di mercurio in soluzione acida, e che è scomposta dalla pepsina ed acido cloridrico e dalla tripsina e soda. Queste sono le proprietà chimiche della tubercolina bruta, quale venne isolata da Koch, e che va sotto l'indicazione anche di Alt-Tubercolina. Gli studi compiuti però con vari metodi di ricerca hanno portato alla conoscenza di varie sostanze isolate dalle culture del bacillo tubercolare o dal corpo bacillare stesso, e comprese tutte nel gruppo delle tubercoline. Fra queste, che sommano circa ad una ventina, vanno ricordate quelle isolate già dal Maragliano e distinte in una resistente al calore e chiamata tossoproteina, ed una non resistente al calore e chiamata tossoalbumina. Ma la tubercolina che da tutti gli autori è stata impiegata ed è usata per lo studio della ipersensibilità tubercolare, è quella vecchia di Koch convenientemente diluita, a seconda della reazione che si vuole attuare. Come è noto infatti per lo studio della reazione generale e di quella a focolaio si usa una diluizione della tubercolina bruta 1 a 1000, iniettando sotto cute un centimetro cubico di detta diluizione, il che corrisponde ad un milligrammo. Per la cutireazione si usa una diluizione al 20 per 100, di cui si pone una goccia sulla cute scarificata. Per la intradermoreazione si impiega una diluizione di 1 a 5000 o di 1 a 10.000 di cui si introducono poche goccie sotto l'epidermide. Non è qui il caso di esporre tutti i vari procedimenti che sono stati escogitati e proposti quali modificazioni di questi metodi fondamentali per lo studio della ipersensibilità alla tubercolina.

Reazione generale. — È rappresentata da quell'insieme di fenomeni che compaiono dopo l'iniezione sottocutanea di un milligrammo di tubercolina e che comprendono una evidente modificazione della temperatura con comparsa talora di febbre anche elevata che si inizia per lo più poche ore dopo l'iniezione e che perdura anche qualche giorno, accompagnandosi a cefalea, spossatezza, malessere, sintomi questi generici che non hanno alcun valore parti-

colare ma che rappresentano quei sintomi che generalmente accompagnano qualsiasi elevazione febbrile. Il fatto importante è che tale reazione generale manca quando non esistano nell'organismo localizzazioni di sorta del bacillo tubercolare.

Reazione a focolaio. — Si intende con tale denominazione l'insieme dei fenomeni che compaiono in corrispondenza di un focolaio sospetto tubercolare, in seguito alla iniezione sottocutanea di tubercolina. Tale reazione non è correntemente usata nelle forme mediche di tubercolosi per la possibilità di una accentuazione dei sintomi clinici e di un aggravamento della malattia, mentre è più largamente adoperata nelle forme chirurgiche di tubercolosi. Le note caratteristiche della reazione a focolaio sono costituite da una esagerazione di tutti i sintomi clinici precedentemente rilevati, sia che questi siano rappresentati da fatti essudativi polmonari, sia che siano costituiti dalla non costante eliminazione di bacilli tubercolari, come può avvenire nella tubercolosi renale. Alla comparsa di una reazione a focolaio nelle forme di tubercolosi polmonare corrisponde un aumento dei rantoli umidi e della espettorazione, ed una modificazione della immagine radiografica con maggiore evidenza delle ombre riferibili a processi essudativi, nelle forme di tubercolosi renale si può avere la comparsa nelle urine di bacilli di Koch, prima assenti.

Reazioni nel punto della inoculazione. — Corrispondono ai fenomeni osservati praticando la cutireazione e la intradermoreazione. Nella cutireazione si ha la comparsa dopo 24 ore e talora soltanto dopo 48, di un arrossamento della cute e di una più o meno accentuata infiltrazione del derma, sino ad aversi talvolta la formazione di un nodulo duro e dolente. Questa reazione che si può presentare di intensità molto varia, scompare dopo qualche giorno, ma in casi particolari può permanere per parecchio tempo. Nella intradermoreazione si constata la comparsa di un arrossamento esteso della cute ed una netta infiltrazione del derma, in media 24 ore dopo l'iniezione. Tutta la regione è nettamente dolente più calda delle parti circostanti e tale rimane per un periodo di tempo vario, da 24 a 48 ore sino ad alcuni giorni.

Tutti questi fenomeni compaiono soltanto nell'individuo tubercoloso, non riscontrandosi alcun sintomo particolare nell'individuo completamente indenne da infezione tubercolare, anche sottoponendolo ad iniezioni di quantità rilevanti di tubercolina.

Nella letteratura esiste un solo caso di morte per iniezione sottocutanea di un grammo d' tubercolina. Esso è riferito dall'Hayeck e riguarda un soldato ricoverato in un lazzaretto. Egli morì improvvisamente dopo l'iniezione di tubercolina e dalla descrizione che l'autore ne fa, pare che la morte sia avvenuta con una sintomatologia avvicinabile a quella di uno shock anafilattico.

Il fatto che solo nell'individuo tubercoloso si riscontrano i suddetti fenomeni reattivi, ha portato alla conclusione che la reattività verso la tubercolina sia strettamente legata alla infezione e rappresenti in modo particolare quell'eccezionale comportamento dell'organismo tubercoloso, che è stato appunto denominato allergia. In rapporto con queste constatazioni, stanno gli altri due concetti di normoergia e di anergia, intendendosi col primo termine il modo di reagire dell'organismo che si trovi in quelle condizioni di reattività che possono essere considerate normali in quanto che rappresentano l'espressione di uno stato di equilibrio fra l'azione della causa infettante ed i poteri di difesa dell'organismo.

Con il termine di anergia si intende invece la mancanza assoluta di qualsiasi sintomo di reazione, tanto se ciò è in rapporto con la mancanza di ogni traccia di infezione, tanto se ciò dipende, pure esistendo una infezione tubercolare, dalla gravità stessa della infezione che ha annullato ogni potere di reazione. Ed a tale proposito si è distinta un'anergia positiva legata alla mancanza di infezione ed una anergia negativa congiunta ad una infezione particolarmente grave.

Riconosciuto il fatto che la positività delle reazioni alla tubercolina rappresentano sempre la esistenza di una infezione tubercolare, si è cercato di indagare la essenza del fenomeno stesso e di mettere in rapporto il vario comportamento delle reazioni stesse con il diverso decorrere della infezione.

Quando si è cercato di indagare il meccanismo delle reazioni alla tubercolina si è anzitutto pensato che esse fossero dovute ad una azione tossica diretta della tubercolina che si sommava con quella dovuta alle tossine già esistenti nell'organismo per effetto della infezione. Si è quindi argomentato che la reazione generale fosse dovuta alla somma dell'azione delle tossine tubercolari circolanti e della tubercolina iniettata, che la reazione a focolaio dipendesse dal fatto che la tubercolina iniettata andava ad aggiungersi localmente alle tubercoline esistenti nel focolaio d'infezione o nelle immediate vicinanze, che la reazione nel punto di iniezione fosse dovuta alla azione infiammatoria sulla cute della tubercolina iniettata aggiunta alle tossine tubercolari già circolanti nella cute stessa. Se non che tolsero molto valore a questa teoria e la mancanza di dimostrazione della presenza di vere e proprie tossine nel siero di sangue del tubercoloso e di tossine nel focolaio tubercolare e la mancanza di dimostrazione di una azione tossica vera e propria della tubercolina di per sè. Inoltre il fatto che la tubercolina è capace di provocare reazioni in dosi quanto mai minime, male si accorda con il concetto che quelle reazioni imponenti che alle volte ci è dato di

osservare siano dipendenti dall'azione tossica di una sostanza sprovvista di qualsiasi potere tossico per l'individuo sano ed impiegata nel caso particolare nella suddetta dose infinitamente esigua. Si è ricorsi allora alla ipotesi (Wassermann e Bruch) che nell'organismo tubercoloso esista una sostanza a valore di anticorpo per la tubercolina con la quale si legherebbe dando luogo ad una nuova sostanza particolarmente tossica capace di determinare i fenomeni generali e quelli locali sia a focolaio che cutanei.

L'anticorpo supposto non sarebbe altro che una antitubercolina che mediante la reazione di deviazione del complemento Wassermann e Bruch avrebbero dimostrato essere presente negli organi tubercolosi. Però tutte le ricerche compiute sul siero di tubercolosi e persino di animali sperimentalmente immunizzati contro la tubercolosi sono state negative per la dimostrazione di una sostanza capace di neutralizzare la tubercolina e come tale avente il valore di una antitubercolina.

È stata quindi avanzata la ipotesi (Calmette) che esista nell'organismo tubercoloso una particolare lisina capace di scindere la tubercolina in componenti aventi un potere tossico spiccato.

Si è inoltre pensato (Centanni) che la tubercolina introdotta nell'organismo tubercoloso, agisca come una chinasi, cioè come una di quelle sostanze o catalizzatori che impiegate a dosi minime sono capaci di risvegliare fenomeni imponenti che non dipendono direttamente dalla sostanza introdotta, ma bensì da sostanze preesistenti attivate nella loro azione dalla sostanza secondariamente iniettata.

È facile da ciò constatare come ancora oscure appaiano nel loro meccanismo queste reazioni e come nessuna delle ipotesi emesse in proposito valga a darci una convincente esplicazione del fenomeno che rimane pur sempre l'espressione di una particolare reattività dell'individuo tubercoloso all'azione di veleni di origine bacillare. Per altro è stato avanzato il quesito se le reazioni alla tubercolina rappresentino veramente reazioni strettamente specifiche o non siano piuttosto l'espressione di una esagerata generica reattività del tubercoloso di fronte ad uno stimolo qualsiasi, rappresentato nel caso particolare dalla tubercolina. Gli studi in proposito sono stati rivolti specialmente alle reazioni cutanee indagando quali siano le note istologiche che accompagnano dette reazioni. Si è così constatato che predominano anzitutto i fenomeni vascolari rappresentati da una notevole dilatazione vasale alla quale segue secondariamente una infiltrazione perivasale ed infine la comparsa nel focolaio di reazione di leucociti e di cellule epiteliali. Qualche autore ha notato anche la comparsa di qualche cellula gigante; qualche altro ha affermato la possibilità della formazione di veri e propri noduli di tessuto tubercolare.

Il quesito della specificità delle reazioni alla tubercolina deve essere esaminato sotto due punti fondamentali e cioè circa la possibilità di determinare con la tubercolina in individui affetti da altre malattie ed indenni da infezione tubercolare reazioni cutanee in tutto paragonabili a quelle provocabili in individui tubercolosi e circa la possibilità di ottenere negli individui tubercolosi e con altre sostanze non contenenti alcun elemento di origine bacillare, reazioni in tutto identiche a quelle che si provocano con la tubercolina. Il primo punto si può facilmente eliminare perchè è da tutti concordemente riconosciuto che le reazioni alla tubercolina si verificano soltanto negli individui tubercolosi. Circa l'altro punto se cioè si possano ottenere nel tubercoloso con altre sostanze, reazioni identiche alle tubercoliniche, le esperienze compiute al riguardo hanno portato alla constatazione che nell'individuo tubercoloso la introduzione nel derma o l'applicazione sulla cute o la iniezione sottocutanea di tossine microbiche di varia provenienza (tifo, micrococco melitense) o di albumose o di peptoni determinano fenomeni reattivi apparentemente identici a quelli tubercolinici. Quest'ultima constatazione, che rappresenta uno dei maggiori argomenti messi in campo dai sostenitori della non specificità delle reazioni tubercoliniche, è stata fatta quando nelle esperienze sull'azione della tubercolina presente nelle culture in terreni liquidi concentrati, si ricercò l'azione degli stessi terreni ugualmente concentrati senza però sviluppo di germi. Si vide infatti che con tali terreni si provocavano fenomeni uguali a quelli ottenuti con la tubercolina e se ne dedusse che per ottenere tali reazioni non era necessario ricorrere all'uso di veleni di origine bacillare, ma che era sufficiente impiegare sostanze uguali a quelle che si trovano nei terreni di cultura e cioè albumose o peptoni.

Ma a questo fu risposto preparando una tubercolina da culture del bacillo di Koch in terreni liquidi privi di albumine. Con tali tubercoline si ottenevano reazioni identiche a quelle avute con la tubercolina originale, mentre lo stesso terreno di cultura sterile era completamente privo di qualsiasi potere a determinare reazioni anche minime. Ciò non ostante rimaneva pur sempre il fatto semeiologico che nell'individuo tubercoloso, tossine bacteriche d'altra origine o albumose o peptone potevano dare reazioni uguali a quelle tubercoliniche. Ma si è andati oltre studiando istologicamente nel tubercoloso le reazioni cutanee ottenute con tubercolina e quelle provocate con altri mezzi. Tale studio del quale si è in modo particolare interessato il Bastai, ha portato alla conclusione che le reazioni tubercoliniche e quelle ottenute diversamente, si accompagnano a fenomeni istologici perfettamente uguali.

Sembra quindi da tutto questo che si possa

pensare ad una mancanza di specificità delle reazioni alla tubercolina e che la particolare risposta dell'individuo tubercoloso alla iniezione di tubercolina dipenda da una speciale esagerata sensibilità dei tessuti del tubercoloso di fronte a stimoli di varia natura. Però pure ammettendo l'esistenza di questa esagerata sensibilità si deve ugualmente concedere che esista una reazione specifica alla tubercolina in quanto che con questa noi otteniamo le note reazioni con dosi di tubercolina infinitamente piccole e di gran lunga inferiori a quelle necessarie per provocare con altre sostanze le stesse reazioni. Esiste quindi una specificità legata alla dose. Di più quelle stesse sostanze non tubercolari che sono attive nell'individuo tubercoloso, sono capaci di determinare gli stessi fenomeni reattivi in individui non tubercolosi, ma che si trovino in uno stato di sensibilizzazione particolare anafilattica di fronte a quelle sostanze. Nè può apparire fuor di proposito il pensare, che in un individuo, nel quale avvengono fenomeni di distruzione di tessuti, come è il caso dell'individuo tubercoloso, non possa esistere una sensibilizzazione a tipo anafilattico di fronte a determinate albumose e peptoni sì che introducendo tali sostanze sotto la cute non si abbia poi una reazione di ipersensibilità. Ma in tal caso quelle reazioni che sono state invocate per sostenere una aspecificità delle reazioni tubercoliniche, sarebbero di natura anafilattica e come tali non confondibili nei riguardi della loro patogenesi con le reazioni alla tubercolina, che come vedremo in seguito non possono essere interpretate come espressione di uno stato di anafilassi. Onde se anche si deve ammettere che nell'individuo tubercoloso si possono determinare reazioni con sostanze non contenenti prodotti derivati dal bacillo tubercolare ed in tutto paragonabili sia per la loro sintomatologia, sia per le particolarità istologiche alle reazioni provocate dalla tubercolina, resta pur sempre il fatto che le reazioni tubercoliniche si ottengono soltanto negli individui portatori di lesioni tubercolari, ed a dosi di tubercolina minime e di gran lunga inferiori alle dosi che devono essere impiegate con le altre sostanze per ottenere reazioni paragonabili a quelle tubercoliniche.

Sotto questo punto, quindi, le reazioni alla tubercolina conservano carattere di specificità.

Se le reazioni di ipersensibilità rappresentano un elemento molto interessante nello studio della infezione tubercolare bisogna riconoscere però che il problema dell'allergia tubercolare non può essere circoscritto allo studio di queste reazioni.

Infatti l'osservazione clinica del vario evolvere della infezione tubercolare ha posto in evidenza fatti particolarmente significativi. A questo riguardo sono oggi argomento di studio e di discussione le idee emesse dal Ranke sulla evoluzione della infezione tubercolare, e quantunque esse non siano da tutti completamente accettate, pure rappresentano un passo notevole nello studio della infezione tubercolare. Il Ranke ha cercato di sistematizzare la evoluzione della infezione tubercolare distinguendo un primo stadio corrispondente alla comparsa dei fenomeni clinici ed anatomici legati allo sviluppo dell'effetto primario, un secondo stadio caratterizzato dalla diffusione della infezione tubercolare per via ematogena o per via linfatica, un terzo stadio caratterizzato dalle lesioni localizzate diffondentesi entro un ambito sempre circoscritto e soltanto per via canalicolare.

La schematizzazione di Ranke non è da tutti accettata perchè si può avere il passaggio dal primo al terzo stadio direttamente senza passare per il secondo stadio, inoltre può avvenire che da manifestazioni del terzo stadio si passi alla comparsa di fenomeni di generalizzazione per via ematica o per via linfatica propri del secondo stadio.

Ma il merito particolare di Ranke sta nell'avere cercato di mettere in rapporto i diversi stadi di evoluzione della infezione tubercolare con un diverso grado di allergia dell'individuo e di avere interpretato il vario manifestarsi della infezione tubercolare come dipendente dal diverso stato di allergia del soggetto. Su questo punto la maggior parte degli autori è d'accordo con Ranke. Lo sviluppo dell'effetto primario determina nell'individuo i primi fenomeni di reazione alla infezione tubercolare e provoca la comparsa di uno stato di ipersensibilità alla tubercolina, ipersensibilità che collegata alla guarigione dell'effetto primario stesso è espressione di quello stato di reazione normale che è stato indicato con la denominazione di normergia. La comparsa di una generalizzazione che caratterizzerebbe il secondo stadio di Ranke dovrebbe essere messa in rapporto con una maggiore sensibilizzazione dell'individuo collegata però ad una minore difesa, e quindi in rapporto con quello stato di allergia che è stato detto di iperergia o di allergia negativa. Quando ci troviamo di fronte a lesioni localizzate senza tendenza alla diffusione o alla generalizzazione, ciò può essere messo in rapporto con quello stato di allergia che è collegato ad una maggiore difesa e che è indicato con la denominazione di allergia positiva. Lo studio delle particolarità anatomiche delle lesioni tubercolari ha inoltre messo in evidenza come talora prevalgano i fenomeni essudativi, talora quelli produttivi, e lo studio clinico collegato a quello anatomico ha portato alla considerazione che dove prevalgono i fenomeni essudativi si ha a che fare con condizioni di iperergia o di allergia negativa, mentre dove prevalgono i fenomeni produttivi si ha quello stato allergico che è stato chiamato di allergia positiva. La mancanza assoluta di qualsiasi reazione di ipersensibilità alla tubercolina può poi essere espressione o di mancanza di infezione, e si

parla allora di anergia positiva, o di infezione particolarmente grave, e si parla allora di anergia negativa. È certo che noi non dobbiamo pensare che le reazioni di ipersensibilità possano dirci se in un determinato caso si tratta di uno stato di allergia positiva o negativa: le reazioni tubercoliniche ci indicano che in quel soggetto esiste una ipersensibilità alla tubercolina. Sarà soltanto lo studio particolareggiato dal punto di vista clinico dell'individuo che potrà fornire gli elementi necessari per giudicare se quello stato di ipersensibilità deve essere interpretato come espressione di una allergia positiva o negativa. Il fatto fondamentale è che l'andamento della forma clinica della infezione tubercolare deve essere messo in rapporto con un particolare stato di allergia dell'individuo e che di tale stato di allergia le reazioni alla tubercolina rappresentano soltanto uno dei sintomi del complesso modo di reagire dell'individuo di fronte alla infezione tubercolare.

Occorre certamente tenere presente che di fronte a qualsiasi causa infettante l'organismo reagisce con fenomeni e modalità varie che se sono condizionate dalle particolarità biologiche della causa stessa, sono però certamente dipendenti anche dalla particolare costituzione individuale del soggetto colpito dall'infezione. Senza volere entrare nel complesso problema della costituzione dobbiamo però osservare come nel concetto di costituzione entri la valutazione di numerosi fattori che possono essere distinti in fattori ereditari, in fattori morfologici, funzionali, neuro-vegetativi, chimici, fisico-chimici, serologici. Esistono, come è noto, numerosi ed importanti studi su alcuni di questi fattori, per altri soltanto in questi ultimi anni si sono iniziate ricerche indirizzate a porre in evidenza alcuni elementi per i quali è logico pensare esista una base costituzionale nel loro determinismo. Per quanto si riferisce al particolare modo di reagire dell'organismo di fronte alle infezioni, hanno speciale interesse le ricerche e gli studi compiuti da Hirszfeld e dalla sua scuola indirizzati a dimostrare la esistenza di una particolare costituzione serologica.

E fra queste ricerche hanno un particolare significato quelle concernenti il comportamento delle reazioni di Schick e di Dick nei genitori e nei figli. Da queste indagini emerge che se la reazione di Schick è positiva in entrambi i genitori, anche nei figli essa è quasi sempre positiva: quando in entrambi i genitori è negativa, essa risulta positiva nei figli soltanto in un terzo dei casi circa: quando la reazione è positiva in uno dei genitori e negativa nell'altro, essa compare positiva nei figli in proporzione di poco superiore al 50 per cento. Comportamento perfettamente analogo è stato rilevato per quanto riguarda la reazione di Dick. Bisogna quindi pensare che in un certo grado i fattori ereditari cui è in gran parte legata la costituzione, abbiano impresso nell'individuo una particolare e determinata modalità di reazione nei riguardi di quelle manifestazioni cutanee che sono state poste in evidenza e studiate come uno degli aspetti della reattività dell'organismo di fronte ad alcuni antigeni. Le reazioni tubercoliniche sono espressione soltanto della avvenuta infezione e della esistenza di uno stato di ipersensibilità, esse nulla ci possono dire nei riguardi di una eventuale costituzione serologica avente speciale importanza nella evoluzione della infezione tubercolare, ma quando vogliamo prendere in considerazione tutto ciò che riguarda le condizioni cui è legata l'allergia, dobbiamo pure tener conto delle citate osservazioni e pensare che anche il particolare modo col quale ogni individuo risponde all'azione del bacillo di Koch sia in parte dipendente dalla costituzione serologica del soggetto stesso, costituzione che se è stata dimostrata già per alcuni stati infettivi non ha potuto avere ancora una sufficiente dimostrazione per quanto riguarda la infezione tubercolare, nonostante siano stati compiuti numerosi studi sulla guida di quello che è stato indagato e trovato in altre infezioni.

D'altra parte alla questione dei rapporti fra allergia e costituzione hanno portato un notevole contributo gli studi indirizzati a ricercare quale sia l'origine dell'allergia stessa. È essa di origine umorale o di origine istogena? Prevale l'opinione che essa debba considerarsi di natura istogena.

E se ciò può apparire in accordo con il concetto che nella patologia della infezione tubercolare dominano indiscutibilmente i fattori cellulari, l'asserzione della natura istogena della allergia richiede però una dimostrazione basata su fatti sperimentali. Le esperienze del Karczag di Budapest rappresentano appunto una dimostrazione sperimentale di tale affermazione. Questo autore ha studiato anzitutto il comportamento particolare del tubercolo di fronte a varie sostanze coloranti giungendo alla constatazione che la fucsina acida si fissa sulla parte centrale di esso, il Wasserblau sulla parte intermedia e il Lichtgrun tanto sull'una che sull'altra parte. Onde poichè con colorazioni vitali eseguite con dette sostanze si può annullare l'azione di quella parte che è stata saturata dalla colorazione stessa, egli ha studiato quale era il comportamento dell'animale di fronte alla infezione tubercolare quando a mezzo di queste colorazioni vitali era bloccata o la parte centrale o quella periferica del tubercolo o erano bloccate entrambe. Egli ha potuto constatare che bloccando la parte centrale, con la colorazione vitale con fucsina acida, si riscontrava negli animali un aumento dell'allergia come si poteva dedurre da una maggiore evidenza delle reazioni tubercoliniche, da aumento di peso e dalle note di una maggiore e migliore difesa dell'animale di fronte all'azione del bacillo di Koch. Al blocco della parte

periferica del tubercolo col Wasserblau si aveva la comparsa di fenomeni completamente opposti, al blocco di entrambe le parti col Lichtgrun non seguiva alcuna modificazione nel comportamento dell'animale. Da queste ricerche emerge la conclusione che l'allergia sia in dipendenza della attività della parte periferica del tubercolo, poichè deprimendo l'attività di questa parte si provoca una diminuzione dei fenomeni di reazione dell'organismo tubercoloso, comprese le reazioni tubercoliniche. Onde dalla particolare attività di questa parte, che come è noto è di origine mesenchimale, dipende la comparsa ed il variare dello stato allergico, sì che occorre pensare che l'allergia sia di natura istogena e legata alla particolare funzione dell'apparato reticolo-endoteliale che entra nella formazione dello strato esterno del tubercolo. E ciò si accorda con le deduzioni degli studi anatomici che riconoscono in questa parte del tubercolo e nella sua particolare origine il primo fenomeno della difesa cellulare dell'organismo contro l'infezione tubercolare. Difesa cellulare nel senso di una particolare reazione locale dei tessuti ed allergia si incontrano quindi là dove l'organismo tenta circoscrivere e fronteggiare il danno determinato dall'azione del bacillo di Koch e dei prodotti della sua attività.

Se l'allergia rappresenta una manifestazione della difesa dell'organismo contro l'attacco del bacillo di Koch, sorge spontaneo il quesito se possa l'allergia essere considerata come espressione di uno stato immunitario. Fra i vari elementi che sono considerati espressione dello stato allergico hanno certamente particolare importanza le reazioni di ipersensibilità alla tubercolina. L'osservazione clinica dei malati più che i dati delle varie ricerche di laboratorio può, sino ad un certo punto, dirci se un determinato individuo reagisce di fronte all'infezione tubercolare opponendo valida difesa o soccombendo all'attacco del bacillo di Koch, elementi di ordine epidemiologico, di ordine clinico e di ordine anatomo-patologico ci fanno pensare che esista veramente una immunità nella infezione tubercolare. Esistono rapporti fra questo stato immunitario e le reazioni di ipersensibilità alla tubercolina? Certamente, ricordando come le reazioni alla tubercolina possano variare nei diversi stadi della malattia e come si possano avere reazioni diverse nelle diverse forme dell'infezione, occorre pensare che esista un certo parallelismo fra stato immunitario del soggetto e reazioni di ipersensibilità. Ciò può apparire più evidente se astraendo dalla particolarità del caso si considera il fatto sotto un punto di vista molto generale. Infatti in tali condizioni noi osserviamo che negli individui nei quali l'infezione decorre con un quadro clinico che fa pensare alla esistenza di una difesa, le reazioni alla tubercolina sono particolarmente manifeste, mentre negli individui nei quali l'infezione decorre con particolare gravità sì che infausta ne è la prognosi, le reazioni alla tubercolina sono per lo più mancanti. Inoltre occorre ricordare due altri elementi desunti l'uno dalla osservazione clinica e l'altro dalle indagini anatomopatologiche e sperimentali. Tutte le cause che deprimono i poteri di difesa dell'organismo sì da determinare un più facile risveglio della infezione tubercolare (morbillo, infezioni acute) possono far scomparire le reazioni di ipersensibilità tubercolinica dapprima positive. La origine degli elementi di difesa contro l'infezione tubercolare è istogena, così come istogena sembra debba essere considerata la origine dei fattori di ipersensibilità. Se adunque le cause che diminuiscono lo stato di difesa dell'organismo provocano la scomparsa della ipersensibilità alla tubercolina, e se uguale origine hanno i fattori della difesa immunitaria dell'individuo e della sua ipersensibilità si può pensare che la particolare reattività dell'individuo tubercoloso di fronte alla tubercolina sia in parte condizionata da quelle stesse cause che regolano il variare dello stato di immunità contro l'infezione tubercolare. Onde appare che l'allergia in quanto è manifestazione di ipersensibilità sia da considerare come una delle espressioni dello stato immunitario del soggetto di fronte all'infezione tubercolare.

Ma poichè negli studi sulla immunità, i fenomeni che si presentano con la sintomatologia di ipersensibilità di fronte all'antigene, sono stati presi a fondamento dell'anafilassi, vien fatto di chiedersi se le manifestazioni di ipersensibilità alla tubercolina non possano rientrare nel quadro dell'anafilassi. Ed invero il fatto fondamentale che cioè le reazioni di ipersensibilità alla tubercolina si hanno soltanto quando esiste infezione tubercolare pare accordarsi con uno dei postulati principali delle reazioni anafilattiche secondo il quale è necessario che esista una precedente sensibilizzazione del soggetto perchè una seconda introduzione dello stesso antigene a dosi anche minime determini lo scoppio improvviso della reazione anafilattica. E veramente non solo le reazioni tubercoliniche compaiono soltanto negli individui portatori di una infezione tubercolare, ma sono anche provocate dalla introduzione di dosi minime di tubercolina. Inoltre, come per i fenomeni anafilattici, esiste una stretta specificità cioè solo l'antigene sensibilizzante può alla seconda introduzione determinare la comparsa della reazione anafilattica, così nelle reazioni tubercoliniche esiste il fattore di specificità quantunque, come abbiamo visto, alcuni autori vogliano togliere molto del valore di specificità alle reazioni tubercoliniche.

Però esistono alcune differenze fra i fenomeni anafilattici e quelli di ipersensibilità tubercoliniche sì che non sembra si possa senz'altro raggruppare gli uni fenomeni con gli altri. Anzitutto ogni fenomeno cutaneo facente parte delle reazioni anafilattiche e provocato dalla

seconda iniezione è assolutamente immediato, mentre ciò non si verifica per le reazioni alla tubercolina per le quali occorre sempre un certo intervallo di tempo dall'iniezione perchè si abbiano i fenomeni propri della reazione, intervallo di tempo che può persino essere di uno o due giorni, come talora si verifica per le cutireazioni. Inoltre gli studi sulla anafilassi hanno posto in evidenza che è possibile il trasporto passivo dello stato di sensibilizzazione.

Nel caso della sensibilità alla tubercolina, nonostante numerosissime prove ed esperienze, non è mai stato possibile trasportare tale sensibilità da un soggetto sensibile ad uno non sensibile mediante iniezioni di siero del primo soggetto al secondo.

Anche le esperienze di anafilassi in vitro eseguite con la tubercolina hanno dato risultato negativo.

Da ultimo quegli autori che sostengono che le reazioni tubercoliniche non hanno i caratteri di specificità portano anche tale argomento a sostegno della tesi che le reazioni tubercoliniche non appartengano al gruppo dei fenomeni anafilattici.

Da tutto questo emerge che noi non possiamo fare rientrare i fenomeni di ipersensibilità tubercolinica nel capitolo dell'anafilassi e che quindi dobbiamo considerarli come fenomeni particolari, espressione di quello stato particolare di reazione dell'individuo di fronte all'infezione tubercolare che è stato chiamato allergia.

Ma se nel capitolo dell'allergia dobbiamo prendere in considerazione tanto i fenomeni di reazione serologici, quanto i fenomeni cutanei di ipersensibilità, giova indagare se esiste un rapporto fra gli uni e gli altri sì che dallo studio completo di essi si possa trarre un elemento di più sicuro giudizio su quanto è da considerare reazione dell'individuo di fronte all'azione del bacillo di Koch.

Veramente ben poco si può dedurre dalle reazioni serologiche, nè è lecito dal risultato di esse potere trarre un giudizio di qualche valore sullo stato di maggiore o minore difesa del malato; così le reazioni cutanee alla tubercolina non ci dicono altro che la esistenza dell'infezione tubercolare e soltanto ci possono fornire qualche elemento sulle condizioni di reazione del soggetto, quando siano messe in stretto raffronto con i dati forniti dalla indagine clinica completata dai risultati ottenuti con tutti i più accurati mezzi di esame e di indagine. Sotto due punti le reazioni serologiche e quelle cutanee hanno stretti rapporti, cioè circa la natura di esse e circa il loro risultato nelle forme gravi della infezione tubercolare. Infatti nei riguardi della natura di entrambe le reazioni, sappiamo che tanto le reazioni serologiche, in quanto è formazione delle sostanze presenti nel siero ed alle quali è legata la positività della reazione, quanto le reazioni cutanee di ipersensibilità devono essere considerate di natura strettamente istogena e più particolarmente in rapporto con l'attività di quell'apparato reticolo-endoteliale cui è legata certamente la prima difesa anatomica dell'individuo contro il bacillo tubercolare. Circa poi il risultato delle reazioni sia serologiche che cutanee, sappiamo che tale risultato è uguale tanto per le une che per le altre soltanto là dove una infezione tubercolare particolarmente grave ha annullato ogni potere di reazione del soggetto: ed è appunto in tali circostanze che entrambe le reazioni risultano negative. Però questo si verifica non soltanto nel caso di infezione tubercolare gravissima, ma si riscontra anche per la interferenza di un'altra infezione, cosicchè noi vediamo che individui, che presentavano positive tanto le reazioni serologiche che quelle cutanee, essendo portatori di una malattia tubercolare anche di lieve entità, presentano poi temporaneamente negative le stesse reazioni quando ammalano di un'altra infezione intercorrente (ad es. tifo o morbillo ecc.). Si potrebbe quindi pensare che identiche siano le attività del soggetto che condizionano sia le reazioni serologiche che quelle cutanee. Senon che l'osservazione delle suddette reazioni nei casi dove non esiste una infezione tubercolare gravissima o una infezione d'altra natura che si associ temporaneamente alla infezione tubercolare, dimostra che non sempre esiste parallelismo delle due specie di reazione e che possiamo trovare positiva l'una, e quasi sempre ciò è per il gruppo delle reazioni cutanee, e negativa l'altra, nè esiste un qualche rapporto fra i due gruppi di reazioni nel senso che dove più evidenti appaiono le reazioni di ipersensibilità meno intense siano quelle serologiche che siamo abituati a considerare come espressione di uno stato di difesa, od inversamente. D'altra parte vediamo che in altre malattie, nelle quali accanto a reazioni serologiche sono state rilevate reazioni cutanee, quali l'echinococcosi e la febbre di Malta, non esiste parallelismo fra i due ordini di reazioni, giacchè se in un certo numero di casi entrambe le reazioni sono positive, esiste pure un numero non indifferente di casi nei quali solo l'una delle reazioni è positiva, e questo ordinariamente si verifica per le reazioni cutanee che dimostrano una percentuale di positività nettamente più alta delle reazioni serologiche. Di più nella infezione melitense le due reazioni mancano di stretto parallelismo sia nei riguardi del periodo di malattia nel quale cominciano a comparire, sia nella loro persistenza dopo avvenuta la guarigione.

Se quindi le reazioni serologiche e quelle cutanee hanno uguale origine, esse devono però essere regolate nella loro manifestazione da condizioni diverse di reattività dell'organismo, da condizioni che tanto per le une che per le altre risentono, e forse non in eguale misura,

la influenza di tutti quei fattori costituzionali (morfologici, nervosi, endocrini, serologici, ecc.) ed ambientali che regolano la comparsa ed il decorso di quel complesso modo di reagire dell'organismo di fronte alle infezioni su cui si fondano gli studi dell'immunità. Resta però certo che se reazioni serologiche e reazioni cutanee sono due diverse modalità di reazione dell'organismo dipendenti sempre dall'attività di una stessa parte di esso, le reazioni cutanee si presentano di una sensibilità notevolmente maggiore. E nei riguardi dell'infezione tubercolare se alle reazioni cutanee è stata data tanta importanza per studiare il fenomeno dell'allergia, non dobbiamo dimenticare che l'allergia non risiede tutta e soltanto nella sensibilizzazione dell'organismo ai prodotti del bacillo tubercolare, ma è la risultante della sensibilizzazione e della difesa che l'individuo pone in atto contro il bacillo stesso. Le reazioni biologiche non ci forniscono per ora elementi sufficienti per giudicare dello stato di difesa e quindi di resistenza dell'individuo all'infezione tubercolare, sono soltanto i dati desunti dalla prolungata ed attenta osservazione clinica, quelli che ci permettono di formulare un giudizio prognostico relativamente esatto. Le reazioni di ipersensibilità quando siano poste a raffronto con i dati desunti dall'osservazione clinica ci possono, sino ad un certo punto, illuminare sulle condizioni di reattività del soggetto e fornire quindi un elemento di notevole interesse per lo studio e l'apprezzamento delle condizioni individuali. L'allergia non può e non deve essere circoscritta allo studio ed alla interpretazione delle razioni di ipersensibilità cutanea ed eventualmente anche dei risultati delle reazioni serologiche, ma deve comprendere lo studio completo dell'individuo portatore di una infezione tubercolare, per tutto quello che riguarda le diverse attività biologiche in rapporto a tutti gli attributi della costituzione intesa nel senso più largo.

In tal modo potrà apparire forse meno oscuro il vario decorrere dell'infezione tubercolare nei diversi individui e potrà forse meno difficile essere il tentativo di influire utilmente sulla evoluzione della malattia.

I risultati delle più moderne indagini, che tentano di porre a raffronto i dati desunti dallo studio clinico con quelli rilevati al tavolo anatomico e con quelli relativi alle reazioni tubercoliniche, indicano quale debba essere la via per lo studio dell'allergia. La diversa ed individuale reattività dell'organismo di fronte all'infezione tubercolare si appalesa a noi da una parte con i sintomi clinici e con i particolari fenomeni anatomici, dall'altra con qu[illegible] fenomeni di reazione che possiamo apprezzare soltanto attraverso le prove serologiche o cutanee. Lo studio completo di tutti questi sintomi, il rapporto di essi con la evoluzione della malattia ci possono rendere conto dello stato allergico dell'individuo. Tanto più esatta potrà essere la valutazione di tali condizioni del soggetto, tanto meno incerta sarà la prognosi, e meno incerta la terapia. E per ora nell'assenza di mezzi terapeutici specifici atti a combattere direttamente il bacillo di Koch, i nostri sforzi devono essere diretti ad agire sull'individuo modificando opportunamente ed utilmente lo stato allergico, sì da esaltare quelle difese che già l'organismo cominciò ad attuare alla p[illegible] ma penetrazione ed alla prima offesa del bacillo tubercolare.

30 agosto 1929-VII.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo allo studio delle cisti del collo (*).

Dott. Sertorio Marinacci,
Doc. di Patol. Chirurg., di Clinica Chirurg. e Medicina Operatoria.

Le mie osservazioni si riferiscono a due grosse cisti del collo, che mentre avevano in comune dei dati obiettivi che ne permettevano la diagnosi fisica, cioè di un contenuto liquido limitato da una parete ben individualizzata, ne differivano essenzialmente per la sede e per la patogenesi. In un caso si trattava di una voluminosissima cisti di origine neoplastica, cistoma unico della tiroide, nell'altro caso invece si trattava di cisti da residui embrionali, cisti branchiogene del collo. Ho creduto illustrare brevemente questi due casi che ho avuto occasione di osservare e di operare, per lo sviluppo insolitamente notevole che presentava il cistoma tiroideo, e per la frequenza non molto alta, delle cisti del collo di origine branchiale.

N. N., di anni 73. Nulla di notevole nel gentilizio, e nell'anamnesi remota: l'inferma da circa quattordici anni si è accorta di una tumefazione in corrispondenza della regione mediana del collo, che è andata progressivamente aumentando di volume, tanto da raggiungere dimensioni enormi (fig. 1): l'inferma asserisce che in questi ultimi mesi la tumefazione è andata aumentando di volume più rapidamente, tanto da distendere la cute, che in un tratto dal lato sinistro, è prossima ad ulcerarsi: non le ha mai dato disturbi notevoli: un senso di peso, di tensione fastidiosa, lieve disturbo al respiro e alla deglutizione, la voce rauca. Obiettivamente si nota una voluminosa tumefazione che occupa tutto il collo, ne sorpassa i limiti e rimane pendula sul torace; le

(*) Comunicazione fatta al XXXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Roma, 12-15 ottobre 1829.

dimensioni della tumefazione uguagliano quelle della testa dell'inferma: si estrinseca lievemente più a sinistra che a destra; presenta nella metà sinistra, nella parte superiore, un tratto di cute arrossata con una zona cianotica al centro, prossima ad ulcerarsi; la cute completamente sollevabile in pliche, escluso nel tratto arrossato: la superficie liscia in tutta l'estensione della tumefazione, la consistenza nettamente fluttuante: imprimendo in toto alla tumefazione dei movimenti di lateralità, si osserva una spostabilità laterale, sebbene in grado molto limitato: non sintomi a carico del simpatico, non reticolo venoso molto sviluppato: non sintomi ascoltatori.

FIG. 1.

In base ai dati raccolti coll'esame obiettivo si diagnosticò trattarsi di un gozzo cistico. Si sa infatti che i cistomi della tiroide possono assumere uno sviluppo eccessivo, che oggi è raro più vedere, dato che i pazienti in genere ricorrono prima al chirurgo: per l'età dell'inferma, per il lento accrescimento si poteva nel nostro caso pensare a un gozzo colloide, che però facilmente si escluse per i dati obiettivi della palpazione: il gozzo colloide ha per solito una consistenza molle pastosa. Ricordo di aver operato con successo, qualche anno fà un enorme gozzo colloideo, di cui purtroppo non serbo le fotografie, in una donna anziana, che datava da circa 20 anni: per il criterio dell'età, del decorso, della consistenza si potè fare la giusta diagnosi: si trattava di due grosse masse separate, che presentarono notevoli difficoltà operatorie, all'enucleazione (fig. 2).

I gozzi cistici, specialmente i cistomi unici, non sono molto frequenti: si devono naturalmente annoverare fra i gozzi cistici solo quelli in cui l'elemento cistico è il substrato morboso predominante, e non quei gozzi in cui la massa predominante è solida, e intercalata qua e là da qualche cisti piccola, che rappresenta solo un fatto accessorio. Si sa che anche normalmente le vescicole tiroidee mostrano nell'interno una raccolta di sostanza gelatinosa: tale sostanza aumenta in condizioni patologiche e per l'ingrandirsi delle cavità il tumore aumenta di volume: le trabecole connettivali fra esse interposte si atrofizzano e tendono a scomparire, i vacuoli vicini confluiscono in spazi sempre più ampi, e si formano così, per confluenza di vescicole distese, cavità multiloculari, pauciloculari, uniloculari: il contenuto gelatinoso si trasforma in liquido viscido, presenta una colorazione brunastra, dovuta ad emorragia per rottura dei vasi della parete.

FIG. 2.

Nel caso da me osservato, l'atto operativo dimostrò trattarsi di una grossa ciste unica, bilaterale, perciò di volume eccessivo: aveva un contenuto filante brunastro, in rapporto ad emorragie, per rottura dei vasi della parete.

L'accrescimento più rapido notato dalla malata in questi ultimi tempi, e che a un esame superficiale avrebbe potuto far pensare a una trasformazione maligna, doveva mettersi in rapporto sia con le emorragie di origine dalla parete, sia con l'assottigliamento della parete, e per conseguenza con la diminuita resistenza di essa.

*
* *

Qualche osservazione di tecnica. Nel mio caso insieme alla grossa cisti si doveva asportare una vasta zona di cute aderente, prossima ad ulcerarsi che non poteva essere dissecata con il lembo, perciò l'incisione semplice a cravatta del Koker, la modifica portata dal Durante, l'incisione ad angolo di Koker, l'incisione ad U che in questo caso sarebbe stata raccomandabile per il notevole volume del tumore, non erano adatte al caso: non era pos-

sibile cioè sollevare col lembo un tratto di cute aderente e in via di ulcerarsi: l'incisione mediana verticale raccomandata dal Bottini, presentava gli stessi inconvenienti. Pensai perciò di servirmi della combinazione di due incisioni, una trasversale, superiore tesa da un muscolo sterno-cleido-mastoideo all'altro, a qualche centimetro dal bordo mandibolare,

FIG. 3.

l'altra ad U i cui estremi si riunivano con gli estremi dell'incisione mandibolare, e il cui punto più basso era a livello del giugulo: tutto il tratto di cute limitato dalle due incisioni veniva asportato insieme al cistoma. L'incisione oltre a dare luce sufficiente da permettere un esatto isolamento, dette una cicatrice non deturpante: le branche dell'incisione ad U furono riunite in senso verticale di guisa che ne risultò una cicatrice a T di cui solo la porzione verticale era visibile come una sottile linea, mentre il tratto trasversale era quasi

FIG. 4.

nascosto completamente dal bordo della mandibola: l'isolamento della grossa cisti presentò notevoli difficoltà specialmente in corrispondenza del laringe e della trachea, onde ritenni opportuno lasciare un piccolo tratto di parete aderente, poichè l'isolamento riusciva troppo artificiale.

L'operazione fu eseguita in anestesia locale con soluzione di novocaina all'1 % e al 0,50 %. Fin dal secondo giorno feci alzare dal letto l'operata, che sopportò bene il grave atto operativo, ed ebbe poi un decorso post-operatorio normale; ora è perfettamente guarita e presenta un notevole miglioramento non solo delle condizioni fisiche ma anche delle condizioni morali, poichè la povera donna, per la deturpante infermità, si era quasi appartata dalla società.

Le fotografie che presento (figg. 3 e 4) sono per sè molto evidenti.

L'importanza del caso illustrato è dovuta al volume insolito del cistoma, all'essere il cistoma uniloculare, all'incisione da me ideata, che ha corrisposto pienamente allo scopo, di dare cioè una larga visione operatoria, di asportare la zona di cute alterata, di dare una cicatrice non deturpante, incisione combinata che credo di poter raccomandare in casi simili.

N. A., di anni 50. Si è accorto da vari anni di avere una tumefazione in corrispondenza della regione cervicale d. che è andata lentamente e progressivamente aumentando di volume; non procura disturbi notevoli nè locali nè generali: l'infermo asserisce di non esser nato con tale tumefazione, che è comparsa solo successivamente. Egli si è rivolto a un sanitario che per due volte ha punto la tumefazione vuotandone un liquido sieroso torbido: mai ha avuto elevazione di temperatura.

Obiettivamente, quando il malato è venuto alla mia osservazione, presentava una tumefazione della grandezza di un'arancia, situata nel triangolo superiore d. del collo: la cute era del tutto normale, la superficie liscia, la consistenza molle fluttuante; i limiti della tumefazione apparivano netti: sorpassava la linea mediana, arrivava in alto a contatto della mandibola, si approfondava posteriormente sotto lo sterno-cleido-mastoideo, come meglio si poteva constatare facendo contrarre il muscolo: la tumefazione non era affatto riducibile nè aumentava di volume con gli sforzi respiratori con la tosse.

Si trattava di una tumefazione a limiti netti, a contenuto liquido posto nel triangolo superiore del collo, al disotto dello sterno-cleido-mastoideo.

Si poteva agevolmente escludere i tumori solidi del collo: la fluttuazione netta e il dato anamnestico delle punture evacuatrici precedentemente fatte ci davano la certezza trattarsi di una raccolta liquida limitata da una parete a limiti netti: questi due criteri ci davano anche la possibilità di escludere una raccolta fluidificata, un ascesso freddo: l'età, l'assenza costante di temperatura, il limite netto della parete erano criteri contrari alla diagnosi di

ascesso freddo. Si poteva pensare ad un aneurisma: mancava la caratteristica pulsazione espansiva, mancavano i sintomi acustici, i fatti di compressione nervosa, la riducibilità: per di più vi era il criterio della puntura precedentemente fatta. Così anche si potevano eliminare le cisti ematiche del collo: sono rarissime, il loro colorito brunastro per lo più traspare attraverso la cute, sono parzialmente riducibili, poichè quasi sempre comunicano con i grossi vasi venosi: c'era il criterio della puntura. Si poteva pensare per la sede al linfangioma del collo, o igroma cistico: sappiamo che il linfangioma è congenito, e si riscontra per lo più nei bambini.

Rimaneva perciò da ammettere una cisti branchiogena per la sede, per i rapporti con lo sterno-cleido sotto cui era situato: si sa che tali cisti possono estrinsecarsi tardivamente come del resto accade per i carcinomi branchiogeni.

L'operazione (30-1-26) fu eseguita in anestesia locale: si adoperò l'incisione del Verneuil-Morestin: la cisti fu completamente isolata alla periferia: internamente e profondamente la cisti aveva, come di solito avviene in simili casi, salde aderenze con la carotide esterna e con la giugulare interna, aderenze che furono con molta cautela dissecate, riuscendo ad isolare la cisti, che presentava anche altre aderenze, sebbene più lasse, con il laringe e con la mastoide. Il decorso post-operativo fu del tutto normale: il malato uscì perfettamente guarito in 12ª giornata. L'esame del pezzo asportato dimostrò trattarsi di una cisti a parete spessa, con contenuto di cattivo odore, in parte liquido, in parte costituito di una poltiglia grassosa, contenente peli.

Secondo l'opinione di Rosov confermata poi dalle osservazioni ulteriori, i tumori branchiali si riscontrano nelle stesse regioni ove si presentano le fistole omonime, cioè in corrispondenza della sede dei relativi spazi branchiali: la parete è per lo più fitta e spessa, fatta da tessuto connettivo addensato: il contenuto varia da una sierosità torbida, giallastra ad una poltiglia densa simile a quella che si riscontra negli ateromi del cuoio capelluto. Una caratteristica propria delle cisti e dei tumori branchiogeni, che ha grande interesse per il chirurgo, è che essi occupano le regioni profonde del collo e presentano rapporti intimi con il laringe, con la trachea, col faringe, con l'esofago, ma segnatamente con la guaina del plesso carotideo: perciò Hueter chiamava questi tumori ateromi dell'involucro carotideo.

Le cisti branchiogene possono essere mediane e laterali: mentre le laterali si originano nella maggioranza dei casi dalla seconda tasca e dal secondo solco branchiale, le mediane invece si originano dal seno cervicale e dal dotto tireo-glosso. Le laterali occupano per lo più il triangolo superiore del collo, fra il laringe e lo sterno-cleido-mastoideo, più raramente il triangolo inferiore, le mediane sono sopra- o sottojoidee: raramente esse sono congenite.

Dalle difficoltà incontrate nell'operare i due casi citati, difficoltà previste e quindi più agevolmente superate, ritengo opportuno trarre qualche osservazione utile nella chirurgia del collo.

In ogni caso di operazione chirurgica nel collo è indispensabile un esame obiettivo accurato della lesione, e un attento esame anatomico della regione: solo in tal modo potremo renderci esatto conto della ubicazione del tumore, dei suoi rapporti, del come i rapporti normali siano alterati, e in faccia a quale nuova disposizione di rapporti anatomici ci troviamo.

Quest'esame indispensabile corredato da una esatta conoscenza anatomica ci porrà innanzi agli occhi la nuova disposizione anatomica, ci farà edotti dei rapporti che il tumore ha al dinanzi, ai lati e posteriormente con i diversi organi della difficile e importante regione: operando con questi criteri avremo un lavoro facilitato ed eviteremo delle ingrate sorprese.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di cisti del collo. In un caso, donna di 73 anni, si trattava di un grosso gozzo cistico interessante per l'insolito volume, per essere una cisti unica, per la doppia incisione eseguita, e che l'A. crede poter raccomandare in casi simili. Presenta le fotografie prima e dopo l'operazione.

Nell'altro caso, uomo di 50 anni, si trattava di una grossa cisti branchiogena del triangolo super. del collo.

L'A. fa delle considerazioni diagnostiche, patogenetiche e sopratutto di tecnica riguardo in specie alle aderenze di tali cisti con i grossi vasi del collo.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERT. *Diagnostica Chirurgica*. Casa Editrice Vallardi.

BASTIANELLI. *Lezioni di Clinica Chirurgica*, anno 1910.

BERGMANN-BRUNS. *Trattato di Chirurgia Pratica*. Società Editr. Libraria.

BOTTINI. *Chirurgia del collo*. Società Editr. Vallardi.

BUROW. *Zur Lehre von den serösen Halscisten*. Langenbeck. Arch., Bd. 11.

DUPLAY. *Diagnostica chirurgica*. Casa Editr. Vallardi.

DURANTE. *Trattato di patologia e terapia chirurgica.* Società Editr. Dante Alighieri.
FORGUE. *Compendio di Patolog. Chirurgica.* Società Editrice Libraria.
GUSSENBAUER. *Beiträge zur Kenntnis der Branchiog.-Geschwülste.* Billroths Zeitschrift, 1892.
LEOTTA. *Medicina operatoria.* Unione Tipografica Editrice Torinese.
HILDEBRANDT. *Ueber angeb. epitelh Cisten und Fisteln.* Langebeck's Archiv, Bd. 49.
ID. *Crundriss der chirurg. topogr. Anatomie.* Verlag von Bergmann. Wiesbaden.
SCHEDE. *Ueber die tiefen Atheromecysten des Hals.* Langenb. Archiv, Bd. 14.
TRENDLENBURG. Deutsche Chirurgie Lieferung, 33, I Half.
WOLFIER. *Zur Casuistik der medialen gesich. Spalte.* Archiv. f. klinische Chirurgie, Vierzigsler Band, Vierles Heft, S. 795.
PAUCHET. *La Pratique Chirurgicale Illustrée.* Gaston Doin, éd.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Le melanodermie.

(WEILL. *Le Bullet. Médical*, n. 18, 1928).

Si designano con questo nome le colorazioni nere anormali, più o meno generalizzate della pelle.

L'A. descrive rapidamente tutti i quadri morbosi che presentano questo sintoma.

1) *Melanodermia addisoniana.* L'inizio è lento e l'evoluzione progressiva: la cute nei punti di maggior attrito, o esposti al sole, le mucose, le unghie sono colpite; esiste un accumulo di melanina nello strato germinativo e nelle papille del derma. Esiste anche l'« addisonismo » dei tubercolosi, in cui le anomalie pigmentarie si associano ad astenia e dimagrimento.

2) *Melanodermia ptiriasica.* La sede di predilezione è alla nuca, alle spalle, alla cintola, raramente colpisce le mucose. È sempre complicata da manifestazioni di grattamento.

3) *Melanodermia delle cirrosi bronzee* (Hanot e Chauffard). Il colorito è plumbeo con riflessi metallici, predilige il collo, la faccia, il dorso dei piedi e delle mani. Spesso è unita a diabete e a cirrosi del fegato: nel derma c'è accumulo di rubigina. Anche altre affezioni epatiche (colemia familiare di Gilbert, alcuni itteri ecc.) possono presentare melanodermia.

Esistono poi melanodermie dipendenti da una sindrome endocrino-simpatica, come la melanodermia del Basedow, dell'ipofisi, del Raynaud, della sclerodermia, come la pigmentazione delle areole mammarie o il cloasma delle gravide; melanodermie congenite o evolutive, come quelle dei neonati, i nevi pigmentari che possono evolvere in una « lentigo » maligna, lo xeroderma pigmentoso di Kaposi che si associa ad atrofia cutanea e a teleangettasie.

Alcuni tumori si accompagnano a melanodermia: i nevo-carcinomi, l'acantosi nigricante, la neurofibromatosi di Recklinghausen che appare sotto l'aspetto di macchie lenticolari, o mummulari, o di pigmentazione diffusa.

Certi stati tossici danno anche melanodermia: l'argirismo, l'arsenicismo (frequente oggi a vedersi per il grande impiego di arsenobenzoli), il saturnismo, l'intossicazione da antipirina, da gas asfissiante.

Gli agenti fisici e chimici (sole, caldo, raggi X), le dermiti artificiali o infettive, l'erpes, l'impetigo, la prurigo, il lichen, la foruncolosi possono lasciare anomalie di pigmentazione cutanea.

La sifilide dà le forme areolari pigmentarie, sopratutto al collo, e la leucomelanodermia che si estende a placche: anche la lebbra si accompagna a pigmentazioni varie.

Melanodermie possono riscontrarsi in molte malattie nervose (emiplegia, tabe, nevriti, siringomielia) e — infine — nella malaria.

La diagnosi in sè è facile, difficile è invece l'indagine etiologica.

L'A. passa poi allo studio dei 3 pigmenti che si possono trovare: 1) il pigmento ocraceo, l'emosiderina o rubigina che dà le reazioni del ferro, si forma negli stravasi sanguigni, si trova nel derma e mai nell'epidermide; 2) il pigmento malarico, che non dà le reazioni del ferro, si trova nei plasmodi e nei leucociti circolanti (si noti che l'A. non cita alcun nome di autore italiano, e ricorda solo il Laveran!); 3) la melanina, che non contiene ferro, ed è il costituente normale della cute: essa si accumula nelle cellule del corpo mucoso di Malpighi e dello strato basale.

I pigmenti di origine vasale (rubigina, p. malarico) si trovano invece nel derma, accanto ai vasi sanguigni.

Se la pigmentazione è accentuata si trovano, a livello delle papille, degli elementi allungati, carichi di granulazioni pigmentifere che s'interpretano come globuli bianchi che tolgono all'epitelio l'eccesso di pigmento secreto.

Nella melanogenesi, nella malaria, il pigmento è prodotto a spese della emoglobina, la fragilità globulare spiega la emosiderina; in quanto alla melanina da Addison in poi, fu attribuita un'importanza fondamentale, per la sua genesi, all'influenza del simpatico, e alla lesione della sostanza midollare surrenale, che ne è, embriologicamente, un'emanazione.

Recentemente il Sézary ha negato ogni valore a questo fattore nervoso, dimostrando che non solo ipo- ma anche ipersimpaticotonici possono presentare simili deviazioni pigmentarie.

Caduta la teoria nervosa, e tramontata rapidamente quella emolitica, la teoria cellulare della melanogenesi è oggi in favore.

Questa teoria, sostenuta da Bruno Bloch, si

fonda sui seguenti dati di fatto: ponendo sezioni istologiche di cute, ottenute per congelazione, a contatto con la diossifenilalanina, corpo vicino alla tirosina, si ha formazione di melanina con disposizione di questa secondo quanto avviene in vita: esisterebbe dunque nella cute una diastasi, capace di trasformare per ossidazione il cromogeno diossifenilalanina (detto più brevemente dopa) per trasformarlo in melanina.

Il Bloch spiega in questo modo la melanodermia degli Addisoniani: dato che il «dopa» è una sostanza assai simile all'adrenalina, noi ammettiamo che circoli nel sangue, normalmente, un corpo che è trasformato in adrenalina dai surreni. Quando questi sono lesi o insufficienti, questo corpo che non può essere trasformato, serve a formare del pigmento, il che rappresenta forse un modo d'eliminazione.

La teoria del Bloch non è provata, ma l'A. la considera con gran favore. V. SERRA.

Le pigmentazioni sifilitiche della mucosa boccale.

(SELIKOWICH. *Thèse de Paris,* 1929).

L'A. riprende questo studio, ancora pieno di molte incertezze. Una volta ogni pigmentazione interessante le mucose e la cute, era attribuita alla tubercolosi delle surrenali; in seguito furono segnalate le macchie emorragiche nella malattia dei vagabondi, infine il cerchio si è allargato con l'entrata, in questa sindrome, della cirrosi bronzina e della pigmentazione fisiologica.

Fino al 1913 la sifilide non era considerata come capace d'interessare le mucose. L'A. dopo aver esaminato le varie osservazioni pubblicate, giunge alla conclusione che vi sono due cause principali nelle pigmentazioni mucose: una causa adiuvante, rappresentata dall'attitudine più o meno grande d'individuo a presentare pigmentazioni, ed una causa determinante, rappresentata da un'infezione, più raramente da un'intossicazione, ponendo, al primo posto, fra le infezioni, la sifilide.

Per quanto riguarda l'origine dai pigmenti, è noto come esistano la rubigina, pigmento ocra, avente le reazioni dei sali ferruginosi, e la melanina, pigmento nero, contenente solfo e fosforo senza le reazioni del ferro. L'A. però è del parere che si tratti di un pigmento di provenienza unica derivante sempre dal ferro sanguigno.

È difficile farsi un'opinione precisa fra le varie teorie emesse sul meccanismo della pigmentazione. Sembra tuttavia che sia necessario un complesso morboso che alleghi ad un processo emolitico un disturbo della funzione epatica.

I residui dei globuli rossi prodotti in eccesso, invece di passare nella bile, infiltrano i tessuti. Ogni causa che provoca la dilatazione dei piccoli vasi e la stasi sanguigna, ogni causa infiammatoria lenta e sclerosante prepara il terreno alla pigmentazione.

Da ciò l'opinione che la sifilide, che ha tutti questi privilegi, sia la responsabile delle pigmentazioni mucose. L'A. aggiunge, come argomento, la contemporanea esistenza della sifilide nel soggetto, la coesistenza e spesso la iustaposizione delle macchie melaniche con leucoplasia; la sede, lungo la linea interdentaria delle guancie, localizzazione abituale della leucoplasia, l'esistenza nella mucosa d'infiltrati cellulari analoghi a quelli della sifilide nella regione pigmentata. A. POZZI.

ORGANI DIGERENTI.

Sulla diverticolosi dell'intestino crasso.

(H. BERG. *Deutsche Medizinische Wochenscr.,* n. 28-29, 1929).

Questa malattia è conosciuta da molto tempo; essa colpisce tutto l'intestino, con particolare predilezione però la flessura sigmoide; è più frequente nell'uomo che nella donna, appare nella seconda metà della vita, sopratutto nei grassi.

Si tratta di prolungamenti del lume dell'intestino in corrispondenza dei punti in cui i vasi traversano la parete, in vicinanza dell'impianto delle tenie. Tali prolungamenti sono rivestiti di mucosa, sottomucosa e sierosa estremamente assottigliate.

Grande importanza per la patogenesi dei diverticoli si dà alla presenza di grasso e agli sforzi di propulsione dell'intestino, durante i quali Barling ha veduto comparire, nel corso di una operazione, numerosi diverticoli sulla parete intestinale, che poi si afflosciavano nuovamente.

La presenza dei diverticoli non acquista però una importanza patologica che quando il contenuto intestinale vi ristagna o il turgore della mucosa ne strangola il lume. Allora alla diverticolosi succede la diverticolite, cui possono seguire ascessi, infiammazione della mucosa circostante, gangrena, erosione dei vasi, emorragie e perforazioni nel cavo peritoneale, torsioni dei diverticoli. La possibilità che alla diverticolosi si associ o si sovrapponga un carcinoma è non solo ammessa, ma da alcuni ritenuta assai frequente. La sintomatologia va da disturbi di scarsa importanza (flatulenza, senso di oppressione, ecc.), ai complessi morbosi che hanno giustificato il nome di appendicite sinistra; talora i processi infiammatori pericolitici simulano la presenza di un cancro « pseudocarcinoma del sigma ». Nell'anamnesi risaltano specialmente la lunga durata della malattia e il senso subbiettivo di « incompleta defecazione ». La rettoscopia non porta un grande aiuto, invece la radioscopia è di immensa utilità.

Ma i clismi di pasto opaco devono essere fatti con grande prudenza, e così quelli di pu-

lizia che li precedono; altrimenti si può incorrere nel pericolo di perforazione dei diverticoli. Dopo aver praticato accuratamente l'esame dell'intestino quale si presenta allorchè è completamente iniettato, si ripeterà l'indagine 2 o 3 giorni dopo, e si avrà allora il tipico contrasto dei diverticoli ancora iniettati col lume dell'intestino oramai svuotato. Le ombre dei diverticoli appaiono allora sotto forma di piccole palle, di semilune, di coppe, di anelli. Nella somministrazione del pasto si nota spesso la comparsa di pliche trasversali della mucosa che impiccoliscono il lume: sono, insieme col dolore alla pressione l'indice più sicuro della complicanza infiammatoria.

Lo stato della parete viene così ad acquistare una grande importanza, perchè ci permette di stabilire se la diverticolosi è un reperto secondario o di grande importanza. Una grande parte delle sigmoiditi e tutte le forme di « colite infiltrativa » appartengono alla diverticolite.

La terapia più consigliabile è senza dubbio quella conservativa, a meno che non esistano indicazioni di interventi urgenti (perforazioni, ecc.); utile la somministrazione di un cucchiaino di paraffina due volte al dì, e una dieta abituale latto-vegetariana con molti frutti e legumi: se, come spesso avviene, la vescica è coinvolta nel processo, e si sono formate delle fistole, l'intervento chirurgico è necessario.

V. SERRA.

Mesocolon trasverso breve.

(R. FINOCCHIETTO e P. SCHLANGER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 154, pag. 129, 1929).

Gli AA. descrivono 5 casi di questa curiosa anomalia conosciuta da poco per opera di Mathews e Leriche.

L'anomalia cònsiste nel fatto che il colon, per eccessiva brevità del suo meso, viene a trovarsi fissato sopra la piccola curvatura dello stomaco. Clinicamente l'anomalia si rende evidente perchè crea una compressione del duodeno e quindi ostruzione cronica duodenale. I sintomi quindi corrispondono a quelli di un'ulcera duodenale o di una colecistite.

Radiologicamente si osserva dilatazione e iperperistalsi gastrica, dilatazione della seconda porzione del duodeno e difficoltà allo svuotamento della parte distale. Se si rinnova l'esame a 24 ore di distanza, si osserva subito la posizione anomala del colon.

Gli AA. hanno operato uno dei casi osservati in cui la sintomatologia era quella di una colecistite. All'intervento hanno rinvenuto una membrana che dall'internò della cistifellea, dalla faccia inferiore del fegato, incrociava il duodeno e si continuava sotto il bulbo e il piloro. La cistifellea era ricoperta da una membrana che dal gr. epiploon si inseriva alla faccia inferiore del fegato, la cistifellea stessa era libera dal letto epatico e aderiva alla porzione discendente del duodeno.

Attraverso il piccolo epiploon traspariva il colon. Sollevato il margine inferiore dello stomaco, il colon appariva spostato in alto e posteriormente e mancava, quindi, la retrocavità degli epiploon e il forame di Winslow. Esisteva una plica che dalla radice del mesenterio della 2ª ansa digiunale, incrociava il colon deformandolo e si perdeva sulla faccia posteriore dello stomaco e sul gr. epiploon. Dopo sezione di questa si riuscì a vedere il mesocolon lungo 5 cm.

I vasi appaiono corti e grossi. Il pancreas è situato sopra il mesocolon trasverso, l'angolo duodeno-digiunale inferiormente. L'angolo duodeno-digiunale è molto acuto e la prima ansa digiunale è incrociata da una grossa vena che la comprime. Subito a sinistra dell'ansa si vede l'arteria colica superiore. Forse la vena era la piccola mesenterica; comunque, poichè non era possibile di spostare l'ansa, fu sezionata. L'ansa si dilata subito.

Il colon ascendente era aderente alla parete posteriore e dislocato all'interno in modo da formare un grosso spazio parieto-colico. Il cieco è completamente fisso, quasi extraperitoneale. L'appendice è parzialmente aderente e viene asportata.

Il paziente, a distanza dall'intervento, è completamente guarito.

Gli AA. ricordano ancora alcuni casi di mesocolon trasverso breve acquisito, sia temporaneo (da sifilide epato-viscerale), sia persistente (per invasione cancerigna).

VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LUISADA A. *Ipotensione e iposfigmia, deficienze di circolo.* Luigi Pozzi, editore. Roma, 1929. Prezzo L. 45.

Mentre gli stati ipertensivi hanno suscitato numerose ricerche e sono tuttavia l'oggetto di pubblicazioni importanti, l'ipotensione è stata, invece, considerata più dal punto di vista strumentale, sfigmomanometrico che da quello clinico. Se una tale trascuranza è, sino a un certo punto, giustificata dalla gamma apparentemente più estesa di sintomi che l'ipertensione presenta ed anche da una maggiore importanza pratica, tuttavia le sindromi che possono far capo a uno stato ipotensivo sono pure numerose e del massimo interesse. Il dottor Luisada, preparato a un tale argomento da una lunga serie di studi, di cui molti personali, eseguiti nella Clinica diretta dal prof. Frugoni, ha colmato la lacuna presentando al pubblico medico un bel volume di 350 pagine, edito dal Pozzi e dal titolo « Ipotensione e iposfigmia ».

Il libro è diviso in cinque parti. Nella 1ª parte, che costituisce la base fisiologica necessaria per lo studio e per l'interpretazione dei fenomeni, l'A. espone le nozioni fondamentali e più moderne sulla fisiologia del circolo e sulla pressione arteriosa e infine la semeiotica della circolazione.

Nella 2ª parte sono studiate le forme ipotensive in generale e la loro patogenesi, le forme ipotensive in clinica, la loro eziologia, la loro azione predisponente alle malattie, la loro diagnosi e prognosi.

Nella 3ª parte sono oggetto di studio le forme ipotensive in particolare, le forme costituzionali, quelle che si osservano nelle malattie infettive acute, nelle malattie croniche, da carenza, nelle intossicazioni, nella anafilassi, nelle malattie del cuore e dei vasi, dei vari organi (polmone, fegato, rene), nelle malattie degli organi emopoietici, delle ghiandole endocrine e del sistema nervoso.

Nella 4ª parte l'A. considera le forme ipotensive parziali e nella 5ª espone, infine, la terapia.

Ho così rapidamente riassunto non il contenuto del libro del dottor Luisada ma l'indice, poichè mi sarebbe stato impossibile di lumeggiare, anche in modo fuggevole, solo una parte. Per ragioni ovvie, ho dovuto limitarmi a riprodurre così, per sommi capi, l'intestazione dei capitoli. Ma il lettore, già da questa enumerazione, può rendersi conto del lavoro accumulato e della sua importanza. Leggendo l'opera riporterà, ne sono sicuro, una impressione di sorpresa quale fu la mia. Ho detto di sorpresa poichè il lettore troverà in queste pagine, ben inquadrate e nettamente interpretate, numerose sindromi da lui certamente incontrate nella pratica ma che sempre gli erano apparse in un modo del tutto indistinto e confuso.

Il libro, scritto con una rara chiarezza, ha una bella veste letteraria e l'argomento che, a prima vista, può sembrare arido e limitato, acquista un interesse sempre maggiore a mano a mano che lo si penetra e che si è penetrati dalla efficacia espositiva veramente vissuta dell'autore.

Il dottor Luisada ha seminato e raccolto una larga messe di cognizioni nel campo ancora poco esplorato della ipotensione e il suo libro sarà, senza dubbio, una guida preziosa per coloro che vorranno coltivarlo in Italia e fuori.

C. PEZZI.

F. VANZETTI. *L'arteriosclerosi*. Vol. in-8°. Un. Tip.-Ed. Torinese, 1928. L. 14.

Questo volumetto fa parte della collana « Biblioteca di cultura medica ». Il prof. Vanzetti si è assunto il còmpito, davvero ponderoso, di esporre quanto di antico e moderno si sa in tema di arteriosclerosi, dal punto di vista anatomo-patologico. Lucida esposizione, ricca di dati e specialmente del frutto delle ricerche moderne. Ogni concezione, ogni interpretazione è presa in considerazione; da quella unitaria di Aschoff a quella media di Jores a quella analitica di Hueck. Ogni contributo è pesato con sana critica e l'A. spesso esprime la sua opinione, che sa eliminare le esagerazioni e le unilateralità di vedute. Nel campo dell'arteriosclerosi qualche progresso è stato compiuto e nel lato morfologico e nel lato chimico ma, nell'essenza del processo, nella sua patogenesi e nella sua etiologia permane impenetrabile non poca oscurità: di questo stato di cose il volumetto rappresenta una messa a giorno utilissima allo studioso. Segue alla trattazione anatomo-patologica un'appendice clinica del Ferrio.

T. PONTANO.

Riceviamo:

Bologna, 5 novembre 1929-VIII.

Ill.mo Sig. Redattore-Capo del « Policlinico » (Sez. prat.).

Nel cenno bibliografico comparso nel fasc. 44 del « Policlinico » Sezione pratica, sopra il libro di Patologia Tropicale di Franchini e Giordano, abbiamo notato alcune inesattezze che desideriamo rettificare, perchè esposte in tal modo possono ingenerare una falsa interpretazione nel lettore che non abbia già conoscenza del libro. Così nella recensione è detto che « le psicosi figurano *tra* le micosi e l'ofidismo ». Il lettore del libro potrà rendersi conto che le micosi sono comprese nella Parte IV, Cap. IV; le psicosi nella Parte V e l'ofidismo nella Parte VI; distinzione quindi evidente nella trattazione di argomenti ben diversi.

Riguardo all'apprezzamento che « sorprende alquanto di vedere classificati gli spirocheti tra i protozoi e disorienta di trovare, tra le spirochetosi, anche la febbre da pappataci », facciamo notare che nella trattazione della febbre da pappataci abbiamo detto chiaramente che l'etiologia non è ancora ben nota, ma per comodità di trattazione didattica abbiamo creduto di porre tale malattia fra le spirochetosi (il che abbiamo fatto anche per la febbre gialla, che non è causata da spirochete). Del resto è noto che il Couvy ha riscontrato una spirochete nella febbre da pappataci ed il Whittingham a Malta ha pure isolato una spirochete. Quanto poi alla classificazione delle spirochete fra i protozoi, che sorprende l'autore della recensione, rimandiamo a quanto abbiamo detto al principio del Cap. I, dove si spiega che « pur essendo la posizione sistematica delle spirochete ancora molto discussa », riteniamo che debbano essere classificate fra i protozoi.

E di questo parere sono anchè, per citare solo alcuni nomi, il Castellani ed il Brumpt.

Con ringraziamenti ed ossequi

E. G. FRANCHINI.

* * *

Replico brevemente al prof. Franchini.

In verità le psicosi non figurano mescolate con le micosi e le ofidiosi; ma il capitolo ad esse dedicato è interposto tra quelli dedicati agli altri due argomenti.

La posizione delle spirochete è discussa: è controverso se appartengano ai protozoi. Impressiona, pertanto, vedere in un libro moderno, che lo studio dei protozoi cominci, senz'altro, con le spirochete.

Queste mende, implicitamente riconosciute nella lettera del Franchini, non offuscano i pregi del trattato, messi in luce nel mio cenno.

L. V.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXV Congresso di Medicina Interna.

(Continuazione; vedi numero precedente).

Seduta pomeridiana (ore 14,30) — 24 ottobre.

Presidenza: QUEIROLO.

Continuazione della Discussione.

LANDOLFI (Napoli). — L'O. si sofferma a parlare delle varie sindromi paramalariche: sindromi emopoietiche, sindromi endocrine, sindromi cardio-vascolari, sindromi nervose, sindromi epato-spleniche, ecc.

Recentemente l'O. ha avuto agio di osservare 2 casi classici di ittero emolitico con note di paramalaria: uno era associato ad infantilismo paramalarico, l'altro al morbo di Duroziez paramalarico.

La conoscenza delle sindromi paramalariche, può giovare, secondo l'O. a renderci spesso conto di alcune anomalie nosologiche fin'oggi inspiegabili e della inibizione di reazioni o dell'azione dei farmaci.

P. MINO (Torino). — A proposito dell'eredità dell'ittero emolitico, occorre ricordare che l'ipotesi dell'intervento del fenomeno, ben noto nella dottrina della eredità, della mutazione è dovuto al desiderio di accordare la supposizione di una trasmissione dell'ittero come carattere cromogeno dominante. Contro tale premessa urtano precisamente i casi isolati nella famiglia, che dovrebbero essere dovuti all'insorgenza di mutazione.

Circa la possibilità di usufruirne del fenomeno dell'autoagglutinazione per differenziare l'ittero emolitico costituzionale da quello acquisito l'O. ricorda, come risulta da sue ricerche che, normalmente esiste in tutti gli uomini un anticorpo capace di agglutinare a freddo i propri globuli e quelli di ogni altro gruppo, che l'O. ha chiamato panemoagglutinina e che può aumentare in occasione di processi infettivi acuti o cronici. Quando il titolo della panemoagglutinina è molto alto, l'agglutinazione si fa anche a temperatura ambiente, dandosi così luogo al fenomeno della agglutinazione dei globuli rossi anche a temperatura ambiente.

Nessun fenomeno quindi particolare, ma semplicemente l'aumento, da cause generiche, di un anticorpo normale del sangue.

CRISPOLTI C. A. (Perugia). — L'O. dopo essersi compiaciuto con il Relatore per la dotta Relazione, si richiama ad alcune sue ricerche eseguite nel 1899 nella quali potè stabilire fra l'altro che l'aumento del bilinogeno urinario deve considerarsi, in alcune circostanze morbose, l'esponente di un intensa attività di processi emodistruttori. Il caso studiato si riferiva ad un giovane di 30 anni, che improvvisamente cominciò ad accusare debolezza generale, deperimento, febbricole serotine. Obiettivamente presentava anemia spiccata, denutrizione, epatosplenomegalia, mentre all'esame ematologico fu trovato notevole diminuizione del tasso emoglobinico, 2.500.000 corpuscoli rossi, mielociti. megaloblasti, e valore globulare aumentato.

Fu pensato ad una splenomegalia emolitica secondaria, sintomatica di una lues ignorata. Eseguita la riattivazione della Wassermann, questa fu positiva ed una cura arsenobenzolica, portò in tempo relativamente breve il p. alla guarigione dando così piena conferma alla diagnosi.

LAPICCIRELLA (Firenze). — L'O. intende ribadire dal punto di vista pratico l'utilità di mantenere il concetto sostenuto dal Relatore, circa la mancanza di ogni fondamento sicuramente dimostrato alla suddivisione in ittero congenito e in ittero acquisito.

L'O. è condotto a questa convinzione dall'osservazione di un caso di ittero emolitico insorto in corso di febbre maltese. Sul caso in questione tutto lasciava credere si trattasse di una forma acquisita, mentre l'anamnesi famigliare e gli esami clinico ed ematologico dei collaterali, permisero di rilevare una diatesi emolitica famigliare. Tanto sul malato che nei familiari la sintomatologia era scarsissima e l'O. crede di aver trovato tali forme larvate fra alcuni oggetti affetti da epistassi recidivanti della giovinezza e si domanda se queste forme mitissime di ittero emolitico costituzionale non siano più frequenti di quanto non sembri.

CONTI A. (Milano). — *Splenectomia virtuale con i raggi X nelle splenomegalie emolitiche.* — Prima di eseguire la sua comunicazione, l'O. desidera fare un'affermazione di principio a proposito della splen. emol. costit. dalla quale il R. ha sostenuto si debbono eliminare quelle forme in cui non sia possibile dimostrare il carattere ereditario o familiare. L'O. invece sostiene che in queste genealogie emopatiche deve esservi sempre un iniziatore.

Passando alla Comunicazione l'O. riferisce i risultati da lui ottenuti con la castrazione radiologica nelle s. e. Milze enormi, sono state dall'O. progressivamente demolite fino a non essere più palpabili, nel mentre era possibile osservare l'attenuazione della sintomatologia e il ritorno al normale del quadro ematologico.

Importantissimo rilievo che l'O. ha potuto fare è che dopo il trattamento la fragilità globulare non riappare più, almeno fino alle ultime possibili osservazioni.

CESA BIANCHI (Milano). — Il Prof. Micheli con la sua interessantissima relazione ha portato molta luce nel campo così oscuro delle splenomegalie emolitiche primitive e non è questo piccolo merito, nè men ci si poteva attendere dalla sua grande competenza.

Se però si può completamente concordare col R. per quanto riguarda i caratteri generali di queste affezioni e sopratutto per quanto riguarda la forma di gran lunga più nota e frequente di splenomegalia emolitica, la costituzionale, ed altresì le forme rare ad emazie falcate od emazie

elettiche e con emoglobinuria-emosiderinuria, l'accordo è meno completo o meglio le incertezze aumentano per le ultime due forme contemplate dal relatore: la splenomegalia emolitica con anemia perniciosa e le splenomegalie emolitiche con anemia perniciosiforme.

Già queste denominazioni denotano le incertezze delle nostre cognizioni al riguardo e la possibilità di rapporti fra l'ittero emolitico e l'anemia perniciosa.

Il relatore per altro nega la esistenza di questi rapporti o meglio nega la esistenza a forme miste e il passaggio « *non consentendolo la natura così diversa delle due affezioni* »: nè gli si può dar torto quando si confrontino, gruppo per gruppo, le due così diverse sintomatologie. La questione però, secondo il modo di vedere dell'O., va affrontata da un punto di vista più generale, facendo per un momento astrazione dai complessi sintomatologici, pur così rigidi per ciascuna delle due affezioni.

Innanzitutto piuttosto che di *splenomegalie emolitiche* avrebbe preferito sentir parlare di *anemie emolitiche.* Il fenomeno tumore di milza difatti, pure assai frequente ed importante — tanto da essere spesso in primo piano e da imporsi quindi all'attenzione, anche per il suo facile rilievo — non è un fenomeno necessario, potendo non di rado mancare od esser clinicamente inapprezzabile anche nelle stesse forme morbose in cui è abitualmente presente e dominante. Il fenomeno necessario e sufficiente è invece in ogni caso costituito dalla natura emolitica dell'anemia.

Esiste cioè un gruppo importante di malattie o di sindromi morbose diversissime per manifestazini cliniche, ma aventi tutte un sintomo fondamentale comune: uno stato anemico e d'intensità assai vario, ma in ogni caso dovuto ad esagerata diffusione di emazie, sia questa dipendente da una loro speciale labilità, oppure, come ritiene più probabile, da una esagerata attività degli organi o degli elementi cellulari che sono deputati alla loro diffusione.

Di fronte cioè al sintomo clinico necessario e costante: *anemia emolitica,* sta un fatto anatomico ugualmente necessario ed in ogni caso presente: l'abnorme diffusione di emazie, che condiziona il fenomeno anemia è opera dell'*esagerata attività emocateretica* degli elementi cellulari costituenti il S. R. E., od almeno di determinate stazioni di questo sistema, con conseguente loro iperplasia.

Non ignora che a questa affermazione si possano opporre e sono state appunto numerose obbiezioni; constata però che queste vanno ogni giorno più affievolendosi, di fronte ai dati di fatto clinici ed anatomici che in sempre maggior copia vengono a confortare l'opinione sopra espressa.

Il gruppo di affezioni che ci interessa è quindi essenzialmente caratterizzato pur con diversissime interpretazioni, dal punto di vista clinico da una anemia di origine emolitica e dal punto di vista anatomico da una esagerata attività emocateretica degli elementi del S. R. E. Ma questi elementi, come è noto, pur essendo sparsi in tutto l'organismo, sono praticamente accentrati in alcune stazioni, aventi sede quasi esclusiva nel gruppo degli organi emolinfopoietici (milza, fegato, linfoglandole, midollo osseo). D'altra parte la esagerata attività emocateretica e conseguente iperplasia che si osserva in tutte le anemie emolitiche, solo eccezionalmente riguarda tutte le principali stazioni del S. R. E. e mai con la stessa intensità. Nella grande maggioranza dei casi essa riguarda anzi una sola od alcune di queste stazioni, risparmiando le altre.

Ne deriva, di conseguenza, una profonda diversità nelle manifestazioni cliniche — fermo restando in ogni caso il fenomeno centrale —, a seconda dei diversi territori colpiti. A seconda, cioè, che sarà interessata soltanto, ad es., la milza, considerata una stazione del S. R. E., oppure soltanto il midollo osseo, oppure entrambi, con o senza partecipazione, a seconda dei casi, delle linfoglandole o del fegato, avremo sintomatologie cliniche così profondamente diverse da conclusionare sindromi morbose con caratteristiche proprie e che quindi come tali vanno clinicamente conservate.

Questa concezione, che si riallaccia a quella esposta da Eppinger or sono quasi dieci anni, potrà sembrare ed è forse anche troppo semplicista; contro di essa si potranno facilmente portare le numerose differenze cliniche ed ematologiche che corrono fra i diversi tipi di anemie emolitiche, talvolta così gravi da poter anche lasciar supporre una diversa patogenesi.

Sta però di fatto che tutte queste affezioni hanno in comune lo stesso carattere clinico essenziale: l'*anemia emolitica,* e lo stesso reperto anatomico dominante: l'*esagerata emocateresi* da parte degli elementi istiocitari, pur potendo aver quest'ultimi sede diversa a seconda dei casi, per cui, ad es., mentre l'ittero emolitico, è, almeno prevalentemente, la malattia dell'istiocita splenico, l'anemia perniciosa è, sempre prevalentemente, la malattia dell'istiocita mieloide, e rispettivamente la cirrosi epatica splenomegalica emolitica è la malattia degli istiociti epato-splenico-linfoglandolari.

Sta ancora di fatto che fra le diverse anemie emolitiche — spesso così lontane fra di loro per il complesso delle manifestazioni cliniche — esistono indubbiamente legami e stadi di passaggio, anche se ancora incerti e poco noti, tanto che si parla di splenomegalie emolitiche con anemia perniciosiforme, di splenomegalia emolitica con anemia perniciosa, o meglio di varietà splenomegalica dell'anemia perniciosa, di splenomegalie emolitiche con cirrosi del fegato, di cirrosi splenomegaliche emolitiche, ecc.

Sta infine ancora di fatto che nei casi fortunati, in cui è possibile seguire a lungo questi pazienti — di ittero emolitico, ad es. —, il che non è facile dato il decorso abitualmente cronico di queste affezioni, si riesce talvolta a sorprendere un passaggio lento, graduale, ma innegabile da una forma all'altra. Così l'O. ha potuto osservare il passaggio da una classica splenomegalia emolitica costituzionale, ad es., ad una cirrosi epatosplenomegalica emolitica itterigena da prima, fino ad una cirrosi epatica splenomegalica emolitica itterigena ed ascitogena, dall'O. descritta tre anni or sono e che rappresenta il termine ultimo od almeno il quadro più complesso delle anemie emolitiche, al quale partecipano tutti gli organi emolinfopoietici, o meglio tutte

le stazioni R. E. degli organi emolinfopoietici, con una tale intensa attività e con una così cospicua iperplasia di tutto il S. R. E., da potersi ben parlare di una reticolo-endoteliosi diffusa, neppure lontanamente paragonabile alle reazioni spleniche delle comuni cirrosi epatiche alle quali ha accennato il Relatore.

Affermazioni come queste naturalmente richiedono una documentazione ampia e precisa di fatti, che non è qui il momento di dare e che d'altra parte solo osservazioni pazienti ed accurate possono permettere. Da anni l'O. va raccogliendo materiale clinico ed anatomico per queste documentazioni, che spera di poter presto dare, come contributo alla migliore conoscenza delle anemie emolitiche in genere e delle splenomegalie emolitiche in specie con o senza cirrosi del fegato.

In ogni caso ritiene oggi opportuno questo lavoro di sintesi nel campo delle anemie emolitiche, di fronte allo interessante lavoro analitico fatto fin qui, che ha condotto ad una eccessiva frammentazione dell'argomento, con la descrizione di numerose sindromi di forme cliniche diverse, ma di rado basate soltanto su sintomi di secondaria importanza, che costituiscono un elemento di confusione, anzichè di chiarificazione su un argomento già per sua natura così complesso.

Ghiron M. (Roma). — *Proprietà emolitiche del siero di sangue della vena splenica in un caso di ittero emolitico costituzionale.* — L'O. ha studiato queste proprietà colla seguente tecnica: una goccia di siero con quindici gocce di globuli rossi lavati vengono tenuti per mezz'ora in termostato. Vengono quindi nuovamente lavati e viene aggiunto siero fresco di cavia, sono rimessi in termostato mezz'ora. Si è osservato che il siero scomplementato a 56° ha conservato le proprietà di ambocettore emolitico verso i propri globuli rossi. La presenza di autoemolisine spleniche depone in favore del concetto che attribuisce alla milza una notevole importanza sia nel determinare una esagerata emolisi sia verosimilmente nel determinare una fragilità globulare negli eritrociti che avendo attraversato la milza non furono emolizzati. Si deve tener presente che tale proprietà emolitica non fu mai riscontrata nel sangue della circolazione generale. Verosimilmente l'emolisina splenica viene distrutta nel fegato.

Terni (Napoli). — In rapporto alla funzione del fegato come stimolatore dell'azione emoietica del midollo osseo nelle anemie, nota che ciò si rende in modo essenziale manifesto nella preparazione del sangue emopoietico; poichè si osserva che gli animali comunque tarati dal punto di vista della funzione epatica, non rispondono con un prodotto di alto valore emopoietico, e in molti casi le sostanze emopoietiche mancano del tutto. Si osserva ancora che mescolando il sangue di questi animali con quello di alto valore emopoietico, si ottiene un prodotto a tasso che va rapidamente esaurendosi, dimostrando che nel sangue di animali anemopoietici, si contengono antipoietine in quantità tali da distruggere completamente il valore del sangue a contenuto emopoietico più alto. Perciò quando si parla di sangue emopoietico o del così detto secondo salasso, si dice una frase. Il sangue emopoietico non può essere tale se non proveniente da animali in perfetta funzione epatica; ciò che si accorda con le vedute del Castellino. E non è solo questione di salasso che varia molto in quantità di sangue per ottenere nei vari animali un prodotto utile: è prima di tutto questione di scelta degli animali. L'O. ha anche osservato che animali pur tarati nella loro funzione epatica, ma ancora suscettibili di cura stimolatrice emopoietica, rispondono bene e riprendono subito una attiva produzione di emopoietine, in seguito alla inoculazione di estratto epatico, il quale agisce pure anche nei casi normali, portando al doppio e anche più il valore emopoietico del loro prodotto.

Sisto P. (Modena). — Si compiace anzitutto con il relatore per la classificazione proposta, classificazione che se pure dovrà subire dei rimaneggiamenti, tuttavia ha il merito di avere intanto un po' chiarite le idee.

È stato colpito dalla diversità di opinioni che sono sorte nella discussione per quanto riguarda la splenomegalia con emoglobinosiderinuria tipo Marchiafava. L'O. è d'accordo per il posto che il Relatore ha assegnato a tale forma, e dissente invece col prof. Ferrata che vorrebbe portar via tale malattia dal gruppo delle splenomegalie. In tali casi, come anche l'O. ha potuto constatare non manca mai la splenomegalia e se questa manca clinicamente, esistono allora alterazioni istologiche.

Nell'interpretazione di questa forma morbosa l'O. crede che pur ritenendo che l'emolisi sia intravasale e che un significato importante non possa essere negato al singolare reperto dell'accumulo di emosiderina sul rene, non si possa astrarre dall'importanza capitale della milza non solo, ma anche di tutto il sistema emolinfatico.

Su questa interpretazione è anche d'accordo il Relatore ed il prof. Ferrata, ed oltre a ciò essa riceva conferma dagli esiti della splenectomia.

L'O. conchiude compiacendosi, come dalla discussione, sia risultata l'ammissione esplicita da parte del Relatore e di molti illustri ematologici, che col termine di splenomegalie emolitiche si debbono intendere malattie alle quali prende parte preponderante tutto il sistema emolinfatico di cui la milza è l'esponente principale, ma non il solo.

Risposta del Relatore.

Micheli F. — Ringrazia vivamente, com'è di rito, i Colleghi, che hanno avuto parole cortesi per la sua relazione ed entra senz'altro in argomento.

Si propone di toccare brevemente, ma con un certo ordine, le varie questioni sollevate dai vari oratori e comincia con una questione, che non è di sostanza, ma di semplice nomenclatura, come è quella sollevata dai colleghi Pende e Ferrata.

Costoro hanno mosso qualche appunto al termine di splenomegalie emolitiche per ciò che riguarda alcune delle forme morbose che l'O. ha cercato di illustrare.

Hanno perfettamente ragione.

Il termine di splenomegalie emolitiche è stato assegnato come tema di relazione e le prime e più esplicite critiche a questa denominazione sono state mosse dall'O. nella sua relazione, quando a pagina 6 ha scritto queste testuali parole: « a questa definizione generica (delle splenomegalie emolitiche) risponderebbe assai meglio, a rigore, la denominazione di anemie emolitiche splenomegaliche anzichè quella di splenomegalie emolitiche, che implica il concetto di un'attività emolitica primitiva della milza, che non è sempre riconoscibile e che anzi non è senz'altro ammissibile in alcune forme primitive o sintomatiche.

« Resta ad ogni modo inteso che il termine di splenomegalia emolitica ha per noi il significato di anemia emolitica splenomegalica ».

Stamane ha detto altrettanto esplicitamente che si sarebbe riferito non soltanto alle anemie emolitiche splenomegaliche, ma in genere, come è naturale, alle anemie emolitiche.

Cadono con ciò le osservazioni fatte da Ferrata sulla mancanza di tumor di milza o sullo scarso rilievo del tumor di milza, che l'O. ha fatto rilevare, in alcune forme di anemia emolitica.

È qui si riattacca un'altro problema, questo veramente di sostanza formidabile, quello dell'attività emocateretica della milza, attorno al quale si discute da 50 anni. L'O. però non vuole entrarvi, oggi.

Osserva soltanto al collega ed amico Pende che gli è parso un po' troppo severo quando ha negato così recisamente ogni attività eritrolitica alla milza e ha rievocato il vecchio concetto di una milza « tomba di eritrociti morti o morenti ».

Quali le prove irrefutabili di questa attività emocateretica primitiva della milza?

Queste prove le ha fornite in prima linea la Clinica, dimostrando che quale rapidità l'ittero, l'anemia e talvolta la diminuzione della resistenza globulare scompaiono in seguito alla splenectomia nella splenomegalia emolitica costituzionale, illustrando in vario modo il comportamento dei globuli rossi umani normali dello stesso gruppo trasfusi nell'organismo di alcune forme di splenomegalia emolitica (Greppi, Mino ecc. ecc.).

E se è vero che le vecchie esperienze fisiologiche sull'attività emocateretica della milza non sono tutte, come ha detto convenendo con E. Lauda, esenti da critiche, le recenti ricerche compiute nel Laboratorio di Barcroft e nella Clinica di Frugoni (il Frugoni stesso le ha ampiamente illustrate testè) hanno indubbiamente fornito più solide basi alla dottrina che vede nella milza, secondo l'antica espressione di G. Banti, lo strumento più sensibile dell'emolisi.

L'O. è lieto degli interessanti risultati raccolti da Peserico perchè per altra via vede confermato quanto egli ha sostenuto nella sua relazione attraverso i risultati della Clinica, che il fenomeno della diminuzione della resistenza è in parte almeno un fenomeno di origine splenica.

E a questo proposito ripete una volta per tutte che quando parla di attività emocateretica della milza, intende riferirsi non solo alla milza, come grande provincia del sistema reticolo-endoteliale, non solo al sistema splenico (milze succenturiate, ghiandole emolinfatiche), ma a tutto il sistema reticolo-endoteliale degli organi emo-linfopoietici. Queste varie sezioni del sistema reticolo-endoteliale possono assumere nelle varie forme di anemia emolitica una diversa attività.

Con questo crede di avere risposto, concordando pienamente con loro, ai colleghi Sisto e Cesa-Bianchi.

Altra questione d'indole ancora più generale è quella sollevata con giovanile fervore dall'illustre collega Castellino, quella relativa al meccanismo ed alle modalità di manifestarsi nell'organismo dei processi eritrolitici.

L'O. prende atto dei suoi risultati, ma non può evidentemente entrare ora in questa così complessa e difficile questione, che trascende dai limiti della relazione.

Ha preso atto ugualmente dell'interessante osservazione illustrata dal prof. Ghiron.

Poche parole sulla classificazione da lui proposta delle splenomegalie (anemie) emolitiche.

Classificazione provvisoria, ha detto, in mancanza di nozioni eziologiche, ma atta a mettere un po' d'ordine nel vasto campo delle anemie emolitiche, ad orientare il medico nel compito spesso non facile di riconoscere le varie splenomegalie (anemie) emolitiche che certamente esistono in natura.

Premesse queste riserve, l'O. soggiunge che questa classificazione, che è il frutto di oltre 20 anni di osservazioni numerose e spesso minuziose, risponde a suo parere pienamente alla realtà clinica e alle esigenze del momento.

In questo purtroppo non può oggi essere d'accordo (mentre lo è abitualmente) col collega Cesa-Bianchi, il quale, se ha ben capito, vorrebbe dare un'importanza prevalente come criterio di classificazione all'iperplasia degli elementi reticolo-endoteliali dei vari organi emolinfopoietici, che è comune a tutte le anemie emolitiche splenomegaliche.

Osserva all'amico Cesa-Bianchi che anzitutto l'iperplasia e l'attività emocateretica degli elementi dell'apparato reticolo-endoteliale non è sempre primitiva: in alcune forme è evidentemente secondaria ad alterazioni primitive degli eritrociti, mentre in altre è ritenuto da alcuni autori primitiva, ma è noto che su questo punto l'accordo è tutt'altro che completo.

In secondo luogo, la differenziazione delle varie anemie emolitiche splenomegaliche risponde a una necessità clinica e pratica.

Vi sono forme, a parte le differenze cliniche, di decorso, ematologiche, biologiche, che guariscono clinicamente colla splenectomia e altre no, vi sono forme che sono magnificamente influenzate dalla dieta di fegato ed altre no, vi sono forme, come la splenomegalia emolitica tipo Lederer nelle quali una unica trasfusione determina a promuove rapidamente la guarigione e altre, la maggior parte, in cui la trasfusione non ha che un effetto palliativo.

Crede, dunque, che la sua classificazione sia perfettamente giustificata.

E riprende ad una ad una queste varie individualità della classificazione.

I. *Splenomegalia emolitica costituzionale.* — Qui si è, si può dire, tutti d'accordo o quasi.

Ringrazia il prof. Bastai del contributo molto interessante, forse unico, che ha portato in tema

di eredità, di origine materna e forse anche paterna, e è lieto che egli abbia confermato con le sue diligenti ricerche che la cosidetta diatesi emolitica può tradursi in alcuni membri della famiglia solo con note ematologiche e biologiche.

Viceversa, come ha detto nella relazione, il criterio della famigliarità può ricondurre alla splenomegalia emolitica costituzionale forme assai fruste e incomplete dell'affezione e anemie emolitiche apparentemente secondarie, sintomatiche.

E in questo senso Lapiccirella ha portato una interessante conferma a quanto l'O. ha scritto.

Il prof. Greppi crede ancora alla possibilità di forme acquisite di ittero emolitico. Bisogna intendersi su questo punto.

L'O. ha sostenuto e sostiene che non c'è nessuna forma acquisita di ittero-anemia emolitica che riproduca non solo le note fondamentali cliniche, ematologiche e biologiche della splenomegalia emolitica costituzionale, ma anche il decorso cronicissimo e oscillante, non già, s'intende, che non si diano forme acquisite di itteroanemia emolitica. E mantiene esattamente quanto ha scritto.

Le forme che rispondono a queste condizioni sono da ascrivere alla splenomegalia emolitica costituzionale, anche se il carattere della famigliarità non è emerso.

È in pieno accordo col prof. Gamna per ciò che riguarda sopratutto il significato diagnostico della microcitosi sferoidale, che egli ha studiato da tempo e colla consueta diligenza in molti casi di anemie emolitiche della Clinica di Torino.

Prende atto, in attesa di ulteriori conferme, dei risultati terapeutici della Rontgenterapia intensiva della milza in casi di ittero emolitico riferiti testè dal dott. Conti.

II. *Anemia emolitica con cellule falciformi.* — Questa forma di anemia emolitica è quella che è e se l'O. ne ha scritto brevemente nella sua relazione — e questo è per il collega ed amico prof. Ferrata il quale è parso stupito di sentire parlare di una forma di anemia che è estranea alla razza bianca e che non si accompagna a tumor di milza — l'ha fatto di ragione come saggio molto interessante di patologia comparata.

III. *Splenomegalia emolitica con ovalocitosi e poichilocitosi.* — Trattandosi, può dirsi, di una forma personale, della cui individualità è convinto, nulla aggiunge a quanto ha scritto nella relazione.

IV. *Splenomegalia emolitica con emoglobinuria-emosiderinuria tipo Marchiafava.* — Se c'è una forma, in cui l'individualità clinica, ematologica, biologica, isto-patologica, sia più che largamente dimostrata è proprio questa e l'O. ringrazia l'amico prof. Sisto, che ha studiato molto accuratamente anche dal lato isto-patologico uno di questi casi nella Clinica del prof. Ceconi, della valida difesa che egli ha fatto testè della denominazione da lui proposta.

V. *Splenomegalia emolitica con anemia perniciosa.* — Dal 1909 il collega Pende e l'O. hanno riaffermato l'individualità di questa varietà splenomegalica di anemia perniciosa, che ora è stata contestata da Ferrata.

L'individualità sua non è soltanto in rapporto col fatto importante che il tumor splenico può dominare nel quadro morboso e quindi deviare dalla giusta interpretazione chi non sappia che c'è una varietà splenomegalica di anemia perniciosa, ma anche è sopratutto col carattere squisitamente cronico che, se non sempre, di frequente assumono queste forme di a. p. splenomegalica e colla loro speciale impronta emolitica, funzione forse dell'ipersplenia, per cui in alcuni casi si può arrivare anche alla diminuzione della resistenza globulare.

È d'uso corrente la distinzione per molto meno di varietà cliniche nell'ambito di forme morbose ben definite e perchè questo non deve essere lecito qui, nell'ambito dell'anemia perniciosa?

Per contro, gli sembra, come ha detto, opera di eccessiva frammentazione la separazione (Pende) di un'altra varietà di anemia perniciosa splenomegalica legata essenzialmente al maggior rilievo che in essa assumerebbe la metaplasia mieloide della milza, in maggiore o minore misura comune, come l'O. ha detto e come gli riaffermavano testè degli anatomo-patologi del valore di Vanzetti e di Pepere qui presenti, a tutti o quasi tutti i casi di a. perniciosa.

Il che non tocca affatto l'importanza delle osservazioni del prof. Pende.

A proposito del reperto che può fornire la puntura della milza nell'a. perniciosa, dice al collega Ferrata che, se ha detto che la presenza di megaloblasti può essere comune all'anemia perniciosa ed alla mielosi aleucemica o subleucemica, l'ha detto sulla base di quanto ha scritto in proposito un autore della competenza specifica di H. Hirschfeld.

Deve aggiungere che nei suoi casi di mielosi aleucemica o subleucemica non ha mai trovato megaloblasti nel succo splenico, ottenuto in vivo per puntura ed anche post-mortem.

I suoi casi però presentavano tutti un'anemia di tipo ipocromico.

In tema di a. p., non ha che da riaffermare qui, in accordo con quanto ha asserito testè nella sua smagliante orazione P. Castellino, quando or sono quasi due anni ha detto alla R. Accademia di Medicina di Torino che la somministrazione di fegato agisce qui — e soltanto nell'a. perniciosa — su tutti gli elementi del quadro morboso e che la sua mirabile azione dà l'impressione di una terapia sostitutiva, di un qualche cosa che manchi, come l'insulina nel trattamento del diabete, la tiroide nel trattamento del mixedema.

Sta del resto per uscire il lavoro in proposito del dott. Griva, in cui è illustrata sotto questo aspetto la numerosa casistica di a. perniciosa e di altre forme di anemie trattate col fegato nella Clinica di Torino.

E a proposito di epatoterapia, noi tutti sappiamo che ormai è largamente documentato come questa forma di terapia sia stata preconizzata ed attuata da P. Castellino nel trattamento di varie malattie e anemie da molti anni, assai prima delle note ricerche sperimentali, di Whipple e Hooper, ed è veramente un peccato che l'a. perniciosa sia estremamente rara a Napoli in confronto di altre regioni e che sia mancata per tal modo l'occasione al Castellino di sperimentare largamente per il passato la dieta di fegato proprio in questa forma di anemia, che costituisce il trionfo dell'epatoterapia.

VI. *Splenomegalie emolitiche con anemia perniciosiforme.* — Non ha bisogno di ripetere che questo gruppo necessariamente eterogeneo racchiude, provvisoriamente, tutte quelle forme di a. splenomegalica perniciosiforme che non possono essere classificate nell'uno o nell'altro dei gruppi sopradescritti.

Fra queste, alcune di quelle forme di splenomegalia emolitica cosidette miste o di transizione fra anemia emolitica costituzionale e anemia perniciosa, impropriamente, perchè lo riafferma qui al prof. Cesa-Bianchi, l'O. per lo meno non ha mai visto casi di splenomegalia emolitica costituzionale evolvere verso l'a. p.

Qualcuna delle forme di anemia emolitica splenomegalica descritte in questo gruppo sembra presentare del resto fin d'ora una ben distinta autonomia, così la splenomegalia emolitica perniciosiforme tipo Lederer.

Ha inteso che il prof. Ferrata avrebbe desiderato che fossero incluse in questo gruppo anche alcune forme perniciosiformi di mielosi globale aplastica.

La mielosi globale aplastica, che corrisponde alla vecchia denominazione di anemia aplastica e a quella di aleucia, è un ben definito complesso sintomatico e fisio-patologico, non etiologico in cui fa difetto costantemente, si può dire, ogni tumor di milza e nel quale l'anemia è di solito di tipo squisitamente arigenerativo. Ecco perchè non ne ha parlato qui, ma comunque gli fa piacere di sentire dal collega Ferrata che vi sono casi di questa sndrome con note perniciosiformi e per qualche tempo almeno con anemia di tipo emolitico. È quanto l'O. ha sostenuto e scritto da tempo.

Ha in proposito osservazioni corredate dal reperto necroscopico assai dimostrative e sulle quali si riserva di tornare quando ne avrà occasione. Evidentemente, dunque, deve essere rettificata l'opinione troppo esclusivista di alcuni nostri autori, quali l'Esposito della Scuola di Ferrata, il Greppi, ecc., i quali hanno escluso ogni affinità clinica e patogenetica fra anemia perniciosa e mielosi globale aplastica, quasi che questa fosse un'entità etiologica a sè.

E veniamo alle splenomegalie emolitiche sintomatiche.

VII. *Splenomegalie emolitiche sintomatiche.* — Al collega Pende dice che non ha discorso di proposito della splenomegalia egiziana perchè in questa forma morbosa che riproduce il quadro clinico ed ematologico del morbo di Banti, l'anemia è di tipo anemopoietico, non emolitico, con leucopenia, neutropenia, ecc.

Quanto all'etiologia, non crede, per quanto ha visto in alcuni lavori recenti, che sia escluso ogni rapporto fra questa forma di splenomegalia e la schistomiasi.

Ha preso atto di quanto il prof. Landolfi ha detto in fatto di anemie emolitiche paramalariche.

Il prof. Crispolti ha ricordato una sua antica osservazione d splenepatomegalia luetica con anemia emolitica.

La sifilide acquisita e sopratutto la congenita rappresentano in realtà dei fattori frequenti di anemie splenomegaliche o epatosplenomegaliche di vario tipo.

Di tipo anemopoietico o prevalentemente tale in una parte dei casi, di tipo emolitico semplice, ma sempre differenziabile dall'anemia emolitica costituzionale in altri ed infine, in alcuni casi, di tipo non pernicioso, ma perniciosiforme, perchè numerose osservazioni della Clinica di Torino hanno dimostrato che il quadro ematologico non è esattamente sovrapponibile a quello dell'a. p. criptogenetica, sovra tutto per la mancanza di veri megalociti ipercromici.

Le stesse varietà nel tipo dell'anemia — anemia a carattere prevalentemente iporigenerativo o prevalentemente emolitico — si possono riscontrare nelle anemie melitococciche e in quelle da streptococcus viridans, a seconda che prevale l'azione eritrotossica o mielotossica dell'agente infettivo e anche l'O. (ed è lieto che il collega prof. Gamna abbia sostenuto lo stesso concetto) a seconda che entra in azione o meno un altro fattore, rappresentato dall'ipersplenia.

Così crede l'O. di avere risposto, se non esaurientemente, per lo meno con un certo ordine alle varie questioni che sono state sollevate nell'ampia discussione che ha seguito alla sua relazione. Si augura che i colleghi che questa discussioen hanno seguito non ne abbiano riportato, come l'amico Castellino temeva, un senso di confusione.

Il contrasto di idee su alcuni punti dell'argomento non può essere fonte di confusione, ma piuttosto di chiarificazione.

Comunque, se confusione c'è stata, spera che la colpa non sia sua.

(*Continua*).

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

Seduta antimeridiana (ore 9) - 25 ottobre.

Presidenza: MARAGLIANO-TUSINI.

Le gangrene delle estremità con riguardo all'endoarterite obliterante.

PARTE MEDICA.

Relatore prof. A. SCALA (Napoli).

Conclusioni.

Le forme cliniche delle gangrene dell'estremità sono: la *endoarterite giovanile* o *gangrena giovanile*, la *tromboendoangioite* o *malattia del Buerger*, la *claudicazione intermittente tipo Charcot*, la *gangrena arteriosclerotica* e la *senile* con le due sottovarietà: la *diabetica* e la *luetica*.

Tutte queste forme preferiscono il sesso maschile e gli arti inferiori e sono in un primo periodo lesioni unilaterali. Hanno però una rispettiva frequenza variabile con l'età: e propriamente la tromboendoangioite prevale nella giovinezza, la gangrena endoarteritica e la luetica sono di una epoca un po' più inoltrata, l'arteriosclerotica e la diabetica appartengono al quinto ed al sesto decennio, la senile si diffonde nella vecchiezza inoltrata. A questa preferenza per l'età fa eccezione la claudicazione intermittente.

Tutte queste forme si distinguono dalle neurosi vasomotorio-trofiche per la mancanza di simmetria o, meglio, di sincronismo simmetrico, per la prediletta localizzazione agli arti inferiori, per l'assoluta frequenza nel sesso maschile.

L'endoarterite non è un'unità anatomo-patologica distinta, ma ha vincoli comuni con l'arteriosclerosi, perchè anch'essa si organizza su di un iniziale infiltramento lipoidico dell'intima, meno evidente, spesso fugace e reversibile, che però è il principale stimolo per l'accrescimento e l'iperplasia del connettivo intimale. Questa iperplasia ha anche il carattere di un fenomeno di vicariazione per la diminuita tensione cardio-vascolare e la non rara ipoplasia della tunica media.

Le caratteristiche differenziali cliniche ed anatomo-patologiche sono dovute principalmente all'ambiente costituzionale ed alla cooperazione di particolari fattori etiologici esogeni.

Tutte le sindromi delle gangrene delle estremità restano ciò nonpertanto filiazioni di uno stesso stame morboso, distinto da un particolare fisiopatologico: le note della *diatesi vasoneurotica* o *complesso spastico-atonico*, che le accomuna e che stabilisce, d'altro canto, anche analogie fisiopatologiche col gruppo delle neurosi vasomotorio-trofiche.

La diatesi vasoneurotica si organizza dal concorso di due componenti morbose: una *neurovegetativa* e *l'altra vasale*. Dal diverso modo come cooperano questi due elementi fisiopatologici traggono origine le diverse sindromi: nella forma giovanile prevale la componente neuro-vegetativa, la quale, a mano a mano che si procede verso le sindromi dell'età matura e della vecchiezza, va diminuendo d'importanza per cedere sempre più il posto ad una crescente componente angiopatica. Le caratteristiche anatomo-patologiche mutano di pari passo che diminuisce l'importanza del fattore neuro-vegetativo: esse da una prevalente lesione dell'insieme a carattere progressivo evolvono verso predominanti lesioni della media, in gran parte degenerative.

Tutte le diverse gangrene delle estremità sono, secondo il R., dovute ad aberrazioni sul germe che compromette principalmente l'abbozzo degli arti e si estrinsecano come *ectodermo-mesodermopatie*.

Il disquilibrio neuro-vegetativo nella sua variabilile importanza interessa sempre tanto il simpatico quanto il parasimpatico per una insufficiente evoluzione di entrambi e si manifesta con aritmie funzionali di ambedue i settori del sistema neuro-vegetativo.

La prediletta localizzazione agli arti inferiori è dovuta principalmente a fattori endogeni da ricercarsi nel minor grado di evoluzione ontogenetica degli arti inferiori in confronto dei superiori.

Questi fattori endogeni richiedono una particolare forma costituzionale, che sarà per lo più il sottotipo astenico, secondo Castellino, della I Combinazione morfologica, tarata appunto nel sistema di relazione. L'importanza del terreno costituzionale è grande nelle forme giovanili, decresce nella gangrena arteriosclerotica, diabetica, luetica.

I fattori costituzionali sono alimentati anche da anomalie endocrine e principalmente delle glandole endocrine del gruppo ectodermale.

Con essi infine, specialmente quando siano latenti ed incapaci da soli ad organizzare il quadro morboso, cooperano spesso fattori esogeni: meccanici, termici, tossici, infettivi.

Parte Chirurgica.

Relatore Prof. A. Ciminata (Torino).

Conclusioni.

1) Nell'arteriosclerosi degli arti con esito in gangrena si deve eseguire l'amputazione alta, preferibilmente alla coscia. Nei casi iniziali — claudicazione intermittente — può essere tentata la simpaticectomia periarteriosa, ma con risultati incerti. Quest'operazione, però, non è del tutto innocua. Sono infatti numerosi i casi pubblicati di emorragia primaria e secondaria, di trombosi postoperativa, di ematoma aneurismatico.

2) Nella gangrena per embolia, l'operazione dell'embolectomia ha un'indicazione d'urgenza. Essa raccoglie i migliori risultati allorquando è praticata entro le prime ore dall'embolia. Cosicchè la precocità della diagnosi — che è certamente legata al modo con cui è organizzata l'assistenza dei malati — rappresenta il principale fattore per la riuscita dell'atto operativo.

3) Nell'endoarterite obliterante — sia questa la forma di Winivarter e di Buerger o di v. Oppel — sono state effettuate varie operazioni: la surrenalectomia, la simpaticectomia periarteriosa, la resezione del simpatico lombosacrale, l'anastomosi arterovenosa, la legatura venosa e, infine, interventi sui nervi misti.

4) La surrenalectomia è un'operazione che richiede una tecnica accurata specialmente riguardo all'emostasi, poichè gli ematomi che si possono formare nella loggia surrenale facilmente vanno incontro a suppurazione. La via laparotomica non è consigliabile, invece è da preferirsi la via lombare. La mortalità operatoria è minima.

L'effetto principale di questa operazione è la cessazione immediata dell'atroce dolore che affligge il malato, e quindi, il rapido miglioramento dello stato generale.

Ma questo benefico effetto solo in qualche caso è definitivo.

Nella maggioranza dei casi, invece, dura alcuni mesi fino ad un anno circa. Poi insorge di nuovo il dolore con la consueta violenza e peggiorano le condizioni locali cosicchè si è costretti ad amputare. Il reperto istologico degli arti amputati dimostra gravi alterazioni dei vasi principali e di molti vasi del circolo collaterale fino alla quasi completa obliterazione del lume.

A spiegare la transitorietà dei benefici effetti della surrenalectomia si potrebbe pensare che intervengano fatti compensatorii da parte del surrene superstite, o anche che la malattia vasale continuando a progredire in estensione e in intensità invada i settori della circolazione collaterale. Quest'ultima possibilità è avvalorata dai reperti istologici degli arti amputati, come sopra è stato detto.

Queste considerazioni farebbero presumere che, intervenendo in tempo utile, cioè allo stadio iniziale della malattia, gli effetti benefici della surrenalectomia potrebbero essere definitivi come riferisce qualche autore (v. Oppel).

Il meccanismo d'azione col quale la surrenalectomia determina l'immediata cessazione del dolore deve essere ricercato nei fattori che costituiscono il terreno fisiologico su cui agisce, terreno che è rappresentato dalla circolazione locale del territorio anemico.

Il dolore va messo in rapporto colle turbe ischemiche di questa circolazione sostenute dall'azione esagerata dell'adrenalina e di tutte le sostanze pressorie che la sensibilizzano, turbe che verrebbero a sparire tostochè coll'atto operatorio della surrenalectomia diminuisce la secrezione adrenalinica e molto probabilmente si modificano gli altri fattori pressorii.

5) L'irradiazione delle ghiandole surrenali con dosi paralizzanti è stata tentata da qualche autore, ma i risultati sono tuttora incerti anche perchè è difficile limitare l'azione dei raggi ai soli surreni per i rapporti topografici che questi contraggono cogli organi limitrofi specialmente il pancreas, rene, fegato, milza, che risulterebbero eventualmente anche irradiati.

6) La simpaticectomia periarteriosa nella grande maggioranza dei casi si è dimostrata una operazione inutile perchè non riesce neppure a far migliorare il sintomo dolore. I suoi effetti sono assolutamente transitori; il tono vasale — regolato anche per via umorale endocrina o per riflessi nervosi axonici — si ripristina in breve tempo e la circolazione locale del tessuto anemico non risulta affatto modificata.

7) La resezione del simpatico lombosacrale è stata finora eseguita in circa 20 casi. Nel 50 % si è avuta la guarigione definitiva del dolore e della lesione ulcerativa. Questi risultati incoraggiano ad esperimentare ancora questo metodo. La mortalità operatoria, però, è stata finora piuttosto alta (16 %).

8) L'anastomosi arterovenosa è un'operazione che ha un'alta mortalità operatoria e quanto ai risultati si può dire che solo qualche volta ha fatto lievemente migliorare le condizioni circolatorie dell'arto. In questo caso il meccanismo d'azione si svolgerebbe per diversi fattori. In primo luogo la stasi sanguigna. In secondo luogo si deve tener presente la possibilità che si obliteri l'anastomosi per cui risultano condizioni analoghe a quelle che si ottengono colla legatura dell'arteria e della vena femorale, legatura che ha per effetto lo sviluppo collaterale nel territorio della femorale profonda.

9) La legatura della vena per alcuni autori è un'operazione inutile, per altri è un'operazione che migliora alquanto le condizioni circolatorie dell'arto e per altri è molto vantaggiosa al punto da far cessare anche il dolore. Pertanto questo metodo che mira a favorire, attraverso la stasi sanguigna che determina, la nutrizione dei tessuti, merita di essere ulteriormente sperimentato prima che sull'utilità di esso si possa dire l'ultima parola.

10) Gli interventi sui nervi misti, ideati allo scopo di interrompere le fibre simpatiche vasomotorie che decorrono in essi, non dànno alcun beneficio.

11) Nella sindrome di Raynaud è indicata la simpaticectomia periarteriosa colla quale in una buona percentuale dei casi si ottiene la guarigione definitiva.

12) Riguardo all'esame della vitalità dell'arto, la pulsazione arteriosa eseguita metodicamente e ripetutamente, l'oscillometria, la prova di Moschcowitz possono servire di orientamento per stabilire il limite di amputazione, il quale è da preferirsi che cada in alto, alla coscia, là dove si presume sia meglio assicurata la nutrizione dei tessuti.

* * *

Prima di iniziare la Discussione, il Presidente fa svolgere le

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

GHIRON V. (Roma). — *Esito degli interventi per le gangrene arteritiche degli arti.* — Sconsiglia la surrenalectomia perchè non crede giustificato un intervento così grave con un risultato sintomatico quando sia già in atto la gangrena. Egli è daccordo con una genesi iperadrenalinica ma ciò non è sufficiente giustificazione all'ablazione della surrenale. Anche gli interventi sul simpatico non danno risultati, ciò vale anche per l'operazione di Adson. Rimane come intervento di scelta l'amputazione che non deve essere troppo economica. L'anastomosi artero-venosa non è giustificata perchè la malattia colpisce anche le vene.

COPPA (Napoli). — *Su un caso di endoarterite obliterante trattato con iniezioni endovenose di proteine batteriche.* — Sulla scorta di osservazioni di alcuni Autori americani che hanno trattato 25 casi con diverse lesioni arteriose delle estremità (M. di Reynaud-endoarteriti senili diabetiche, ecc.) ottenendo in 12 casi la possibilità del ritorno dei pazienti alle loro ordinarie occupazioni, essendo scomparso il dolore ed in alcuni casi con lesioni necrotiche già in atto, la cicatrizzazione di queste, l'O. ha trattato col tale sistema un caso di endoarterite obliterante degli arti inferiori, ottenendo una notevole riduzione del dolore ed un aumento dell'ampiezza dell'indice oscillometrico.

CANEVA ZANINI. — *La gangrena da arterite obliterante e la cura chirurgica perivasale.* — Consiglia la simpaticectomia chimica perivascolare sec. Dassler, intervento con cui è riuscito a far cessare il dolore. L'operazione è semplice, senza tanti pericoli e a malgrado di una percentuale di insuccessi è da esperimentare sempre prima della amputazione.

PONTANO T. (Roma). — *Clinica e anatomia patologica nella malattia di Buerger.* — Comunica i resultati della sua esperienza su un centinaio di amputati per gangrena delle estremità. Le osservazioni che vanno dal '25 a tutt'oggi, riguardano aterosclerotici, e tra essi una parte di diabetici, riguardano gangrene da embolie, e *gangrene primitivamente insorte in giovani sog-*

getti dai 20 *ai* 39 *anni*. Questi ultimi in numero di otto fanno oggetto di particolare studio.

Soggetti giovani: in un caso precedettero congelazioni (10 anni prima), in due precedettero traumi, in uno nei precedenti, ulcera pilorica, in uno emiparesi sinistra da trombosi un anno prima. Fumatori strenui 3, luetici 1, curato e con Wassermann negativa; negli altri assenza di lues e WR. negativa, nessuno dei malati era di religione ebrea. I mestieri più svariati: un contadino, un ferroviere, due conduttori di automobili, un fornaio, due impiegati postali, un mutilato di guerra.

Precedono la gangrena sintomi, che in alcuni casi si svolgono in pochi mesi (in cinque casi), in altri lentamente (un caso), in due cronicamente in parecchi anni. In alcuni casi adunque la malattia può a lungo decorrere subdolamente e anche in maniera del tutto latente; la sintomatologia clinica, iniziatosi lo scompenso vascolare, ha un decorso tumultuoso in alcuni, mentre in altri si svolge con episodi la cui conoscenza ha grande utilità diagnostica.

Da notare tra i sintomi premonitori più frequenti i dolori reumatoidi, la claudicatio intermittente, la sindrome di Raynaud, la acrocianosi, le parestesie, le sudorazioni profuse degli arti, la flebite migrante (in 3 casi su 8 malati). Il sintoma dolore intermittente predomina. Tale forma di dolore va ben distinto da quello continuo, grave, insistente che accompagna la gangrena. La malattia è in tutti i nostri casi fatalmente progressiva e culmina sempre nella gangrena. Essa comincia abitualmente nell'arto inferiore sinistro (in 7 casi su 8). Colpisce non raramente i due arti, talora tutti gli arti, raramente partecipano le arterie viscerali (in due dei nostri casi arterie cerebrali, arterie coronarie constatate con l'autopsia). Anche se la gangrena colpisce un solo arto in generale l'esame clinico accurato permette di rilevare che la malattia è diffusa anche ad altro arto.

Se la diagnosi è difficile *prima della gangrena*, dalla sua esperienza risulta, che essa è *anche difficile* nel periodo gangrenoso.

Nei periodi che precedono la gangrena sono le diagnosi di nevrite, di artrite, di gotta, di Raynaud, quelle che vengono più in campo; lo stato delle arterie in questo periodo è l'elemento diagnostico meno fallace e il più sicuro, quando specialmente esistono segni di alterazione del circolo arterioso in più di un arto. Ma nel *periodo di gangrena* l'errore è dovuto al fatto che gran parte dei medici ignorano l'esistenza di questa particolare malattia: tra i suoi malati in un caso (era un soldato) all'inizio il malato fu preso per un simulatore, poi fu fatta la diagnosi di M. di Raynaud; in un caso fu fatta diagnosi di arterite luetica e il malato non era un luetico; in tre casi i malati vennero con diagnosi di unghia incarnata; in due con diagnosi di esiti di congelazione; in una nevrite degli arti inferiori, in uno morbo di Raynaud. L'anonimo medico ha il più delle volte errato la diagnosi perchè non si è preoccupato in questi casi neppure di palpare le arterie nei punti classici anatomici per rendersi conto se esse pulsavano.

Il *polso arterioso*, l'*oscillometria*, la *radiografia* sono i mezzi più importanti per la diagnosi: l'oscillometria deve essere valutata *cum grano salis;* qualche volta manca il polso arterioso e il tessuto non muore, qualche volta il tessuto muore, e l'oscillometria è solo diminuita. Si è che per spiegare la nevrosi rapida dei tessuti bisogna non scordare l'importanza della partecipazione dei piccoli vasi regionali.

La radiografia è sempre negativa in questo genere di malati a differenza di quanto avviene negli aterosclerotici e nei diabetici, nei quali il disegno arterioso più completo fino alle più piccole arterie può essere ben visibile.

Là dove la diagnosi è talora insuperabile è con la gangrena da M. di Raynaud: l'errore è frequente anche nelle mani abili (ricorda la relazione di Allen e Brown della Mayo Clinic): la sindrome clinica illumina poco, solo lo stato del polso arterioso e la biopsia possono illuminare e rendere certa la diagnosi.

Gli otto casi osservati nei giovani, anatomicamente controllati, risultano tutti essere casi di gangrena da *tromboangioite obliterante*. In nessuno dei casi si è trattato di *endoarterite*. È necessario in avvenire vedere quanta parte hanno le due lesioni nel determinismo della sindrome clinica. Nei casi dell'O., che egli illustra con proiezioni, la parete arteriosa è alterata nell'avventizia, poco o nulla nella media, affatto nell'elastica interna, non v'è proliferazione intimale; i trombi sono illustrati in tutte le fasi dall'iniziale al terminale, dall'infiltrazione alla formazione di cellule giganti, alla canalizzazione e ia neoformazione vasale.

L'O. pensa di essere di fronte ad una vera entità morbosa (illustrata da L. Buerger e di cui porta giustamente il nome), che lede il vaso, principalmente quelli degli arti (sopratutto le arterie), ma non risparmia le vene a carattere infiammatorio ad agente morboso sconosciuto.

La prognosi sarà evidente dalla breve relazione sulla terapia tentata.

L'O. ha tentato le *cure mediche* più consigliate: ipodermoclisi e fleboclisi: nessun effetto utile, gli ammalati divengono ipertesi e hanno vertigini e cefalee; la cura insulinica, innocua (i malati sono spesso iperglicemici) ma senza efficacia e sul dolore e sull'andamento della gangrena, acetilcolina, innocua ma inutile a modificare comunque il sintoma dolore o a modificare l'andamento della gangrena.

Interventi conservativi: simpaticectomia. Nulla l'azione sul dolore tormentoso, essa è stata sempre seguita dalla mutilazione chirurgica.

L'anastomosi arterovenosa è in generale operazione controindicata perchè la lesione invade tutti i vasi arteriosi e venosi; tentata in due casi in uno non riuscita; in altro caso riuscita e permanente l'anastomosi, non ha evitato la mutilazione anzi l'ha affrettata.

La mutilazione è una necessità. Non è lecito attendere la demarcazione; il dolore cruciante, la nessuna speranza in una possibile guarigione *impongono l'intervento con urgenza*: solo il tempo per pensare *all'altezza della mutilazione* e per espletare tutte le prove della vitalità dei tessuti. Nessuna delle prove note è decisiva, tutte insieme riescono spesso a dare un concetto della vitalità dei tessuti. Non sempre la mutilazione

deve essere alta, ma nemmeno troppo economica, per evitare quattro o cinque interventi a breve scadenza. L'operazione demolitiva fa sempre cessare il dolore. Le sepsi in casi di M. di Buerger hanno scarsa importanza e permettono mutilazioni più economiche che non nei diabetici, nei quali spesso l'opera chirurgica anche generosa riesce vana a malgrado della cura insulinica.

Non saprebbe l'O. dare regole generali; caso per caso stabilire la sede per la mutilazione, *ma non tardare*, il ritardo è dannoso, il malato rasenta i confini della morfinomania e la mutilazione chirurgica diviene un'opera giusta e pietosa verso il malato.

Durante L. (Genova). — *Reperti istologici neuro-arteriosi in un caso di acroparestesia cangrenosa giovanile dell'arto inferiore.* — L'O. ammette che le alterazioni vasali sieno secondarie ad alterazioni neuritiche per stimoli partiti dai nervi vasomotori, stimoli determinati a loro volta da scompensi endocrini. L'endotelio è sempre integro ma dallo strato sotto endoteliale dell'intima, parte una proliferazione connettivale che occlude parzialmente il lume. Un'altra caratteristica sta nella iperplasia totale dell'arteria, nell'obliterazione del lume e nei tentativi di vascolarizzazione del connettivo occupante il lume. Le alterazioni delle vene corrispondono a una loro arterializzazione. Nel caso descritto ha messo in evidenza a carico del n. tibiale post. una abbondanza enorme del connettivo interfascicolare. Ciò dimostrerebbe che le lesioni determinanti le turbe vascolari sono nervose, a tipo neuritico.

Durante L. (Genova). — *La resezione della guaina perineurale (operazione del Negro) in sostituzione della simpatectomia periarteriosa di Leriche in diverse sindromi trofiche, neuritiche, vascolari.* — Ha eseguito con successo questo intervento in alcuni casi di sindromi angiotrofiche.

Bossa G. (Napoli). — *Ricerche oscillometriche e oscillografiche nella claudicazione intermittente.* — L'O. per documentare l'esistenza e l'importanza del fattore angiospastico, che insieme a quello tossico, secondo le ricerche del D'Amato, determina l'attacco di claudicazione intermittente, ha eseguito in tre casi di c. int. delle ricerche oscillometriche ed oscillografiche, in base alle quali può concludere che nel meccanismo patogenetico dell'attacco di claudicazione, grande importanza hanno il fattore angiospastico ed il fattore tossico.

Leo (Codigoro). — *Raro esemplare di gangrena senile in arto paretico per emorragie cerebrale.* — Mette in rilievo la coincidenza, che egli non crede soltanto casuale, fra la gangrena e lo stato emiparetico dell'arto.

Antonucci C. (Roma). — *Un nuovo schema di anastomosi artero-venosa per la cura della trombo-angioite obliterante.* — Concorda col Relatore nel ritenere inefficace l'anastomosi artero-venosa femoro-femorale. Propone un nuovo schema di anastomosi deviando nella vena iliaca esterna la corrente arteriosa dell'ipogastrica. Ha eseguito l'intervento per via laparotomica anastomizzando capo a capo alla Carrel. Finita la sutura vide la vena prendere un colorito roseo. Dopo 20 giorni dall'intervento praticò una Chopart per una cangrena dell'avampiedi già esistente prima dell'operazione. Dalle vene vide uscire sangue di aspetto arterioso. Può darsi che si sia costretti ulteriormente a una riamputazione più alta, però il risultato ottenuto sembra degno di considerazione.

Bedarida N. (Torino). — *La malattia di Buerger e l'arterite produttiva obliterante (Studio anatomo-patologico).* — Illustra con proiezioni un caso clinico accuratamente studiato.

Donati M. (Torino). — Il nome di gangrena spontanea cela la poca conoscenza che abbiamo dell'affezione. La malattia è passibile di una cura medica e di una cura chirurgica e le nostre conoscenze attuali ci permettono di affermare soltanto che è una affezione sistemica-produttiva delle tonache vasali con caratteri che indicano la lunga durata della malattia. La cura chirurgica è oggi una cura tardiva e viene applicata solo allora quando non vi è più scelta di un intervento che non sia l'amputazione. Bisogna studiare le forme iniziali e cercare metodi operatori che valgano a procrastinare l'amputazione, cioè si deve tentare un cura pre-gangrenosa.

Gli interventi più semplici sono senza risultati mentre l'O. è riuscito in due casi a ottenere la cessazione del dolore con la surrenalectomia e a rimandare di mesi l'amputazione.

Le lesioni nervose, sempre dimostrabili, non possono permettere di escludere la concomitanza e ammettere una causa nervosa. Insiste ancora sulla necessità di un trattamento precoce e di studi che valgano a una migliore conoscenza di questa forma morbosa.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il segno di Pagniello nella malaria.

Avemmo già ad occuparci di questo segno (1920, p. 714 e 1923, p. 919), il quale consiste in un punto doloroso, in corrispondenza del 9° spazio intercostale sinistro, fra la linea ascellare media e la posteriore; può essere un po' spostato in alto od in basso.

Ha ricevuto molte conferme; di recente da M. Gonzales Olacchea (*Crón. Méd.*, gen. 1927), da M. Guerra Méndez (*Gaç. Méd. de Caracas*, 11 giu. 1929) e da P. Paladini (*Rass. di Cl., Ter. e Sc. aff.*, mag.-giu. 1929); quest'ultimo autore trascura però di riportarlo al Pagniello, cui lo rivendica G. Basile (*Riv. Sanit.*, 15 agosto 1929).

Il segno di Pagniello si può considerare presente nel 90 % dei casi di malaria, così acuta come cronica o latente; l'Olacchea lo ha trovato anche in casi di tifoide associata o non a malaria, ma crede che non per questo perda di valore diagnostico. L. V.

La malaria riattivata con la tubercolina.

I mezzi terapeutici e fisici per riattivare una malaria latente sono numerosi; G. Boeri (*Morgagni*, n. 1, 1929) ne aggiunge un altro, scoperto per caso.

In un paziente con febbri intermittenti le iniezioni di adrenalina e stricnina non erano state sufficienti a mettere in circolazione parassiti malarici. Sospettando allora una tubercolosi, fu iniettato mezzo milligr. di tubercolina, a cui seguì reazione febbrile fino a 39,7, e nei giorni seguenti una temperatura a tipo intermittente. L'esame del sangue fu positivo per i parassiti malarici.

Tale metodo, provato in altri 3 pazienti sospetti di malaria, ma con reperto parassitario negativo, provocò la messa in circolo di semilune e forme anulari del plasmodio.

Il Boeri ritiene che in questi quattro casi la reazione febbrile seguìta all'iniezione di tubercolina sia di natura malarica e non per tubercolosi; infatti la reazione febbrile ottenuta fu preceduta da brividi, ebbe carattere intermittente, e cessava tra sudori, mentre la reazione tubercolinica ha carattere continuo-remittente, e si esaurisce, nei tubercolotici, in 2-4 giorni. CARUSI.

CASISTICA.

Fratture spontanee in un sifilitico non tabetico.

Le fratture dette spontanee che sopravvengono nei sifilitici sono state studiate sopratutto nei tabetici; è noto infatti come le fratture degli atassici si producono con grande facilità, e come esse si riparino con un callo esuberante.

Fratture spontanee sono state però notate anche in sifilitici non tabetici e recentemente Sezary e Ionesco (*Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris*, n. 15, 1929) riferiscono il caso di uomo sifilitico, ma non tabetico, nel quale si erano prodotte, nello spazio di quattro anni, 3 fratture spontanee (clavicola, omero, braccio). Per essere sicuri della natura sifilitica di queste fratture e per dimostrare l'assenza di una tabe ulteriormente evolutiva, gli AA. hanno seguìto il p. per cinque anni, senza che potessero mai constatare alcun segno di tabe. Durante il periodo di osservazione il p. fu sottoposto a cure antiluetiche protratte e dall'inizio del trattamento mai nessun'altra frattura si è prodotta.

Gli AA. si propongono ora di vedere quali rapporti possono ravvicinare queste fratture spontanee dei sifilitici non tabetici a quelle dei tabetici.

Esistono anzitutto alcuni caratteri comuni: la fragilità delle ossa, l'indolenza delle fratture, la lentezza abituale del loro consolidamento. Una sola differenza le distingue e cioè l'esuberanza del callo nei tabetici. Questa differenza crea un'irreducibilità assoluta, od invece le fratture dei tabetici spesso non sono che fratture sifilitiche, di cui l'anomalia del callo sarebbe un carattere contingente, dipendente da turbe nervose?

Questa ultima opinione sembra agli AA. la più plausibile. In effetti gli autori classici tacciono sulla patogenesi di questo callo esuberante; mentre in base alle conoscenze delle modificazioni ossee dovute a turbe circolatorie, tale patogenesi può apparire abbastanza chiara.

Nella siringomielia, ad es., affezione che può accompagnarsi a turbe vasomotorie assai importanti, è stata segnalata un'ipertrofia ossea limitata alle regioni che sono sede dell'anomalia circolatoria, e così pure è stata osservata un'ipertrofia ossea negli arti affetti da aneurisma artero-venoso, da ulceri varicose croniche. Ora sembra accertato che le fratture spontanee siano sopratutto frequenti nei casi di tabe che si accompagnano a turbe vaso-motorie, per cui è legittimo pensare che queste turbe vaso-motorie abbiano grande importanza nella produzione del callo ipertrofico delle fratture nei tabetici. Si può ammettere che in un certo numero di casi queste fratture non sono altro che fratture identiche a quelle dei sifilitici indenni da lesioni nervose, ma consolidate da un callo la cui esuberanza sia dovuta a turbe vaso-motorie.

Con ciò non si deve togliere ogni azione patogena al sistema nervoso, perchè fratture spontanee dello stesso tipo si possono osservare anche nella siringomielia. A. P.

Influenza del timo sulla guarigione delle fratture e sulla formazione del callo osseo.

O. Bartoli (*La chirurgia degli organi di movimento*, vol. XIII, fasc. II) osserva che la fisiopatologia del timo è ancora mal nota e scarse ed incomplete sono le ricerche condotte sull'influenza di esso nel consolidamento delle fratture.

L'A. si propone pertanto di studiare — come è stato fatto per altre ghiandole — se realmente esista differenza nella formazione del callo osseo e nel consolidamento delle fratture, a seconda che si adoperi estratto del timo eterologo od omologo nelle stesse proporzioni di quantità e di tempo.

Gli esperimenti sono stati condotti su conigli della stessa covata e dello stesso peso, divisi in 4 gruppi di 6 conigli l'uno. In tutti è stata praticata la frattura sottocutanea del solo radio.

Nel I gruppo, è stata eseguita l'*ipertimizzazione omologa.*

Nel II gruppo, l'*ipertimizzazione eterologa.*

Nel III gruppo, è stata provocata solo frattura del radio, come *controlli.*

Nel IV gruppo, è stata praticata *atimizzazione*, previa resezione dello sterno.

Nei conigli trattati con estratto omologo la osteogenesi è più rigogliosa e più rapida che non in quelli in cui è stato iniettato dell'estratto eterologo.

Negli animali stimizzati invece anche dopo 75 giorni si ha solo formazione di callo osteoide, mentre in tale epoca nei controlli il callo è già completamente ossificato e sono già iniziati i fenomeni di riassorbimento.

Riassumendo, il timo ha un'azione notevole nella formazione del callo osseo e nel consolidamento delle fratture, specialmente con l'uso dell'estratto omologo, che dà una formazione più rigogliosa del callo, un più accentuato riassorbimento di esso ed una più rapida ricostituzione dell'osso normale.

C. GIACOBBE.

L'osteomielite primitiva delle coste.

È molto rara, non ne sono pubblicati che 95 casi. Leveuf e Michel Bréchel (*Cahiers de Pract. méd. chir.*, vol. 2°, n. 7, 1928) ne citano un nuovo caso. Essa si svolge nel periodo dell'accrescimento, non se ne conoscono casi oltre i 20 anni. È frequente sopratutto dopo le febbri esantematiche, specie dopo la varicella. Gli agenti patogeni sono, in ordine di frequenza: lo stafilococco, lo streptococco, lo pneumococco, e l'enterococco. Al disotto dell'ottavo anno è colpito per lo più il centro di ossificazione anteriore e si ha un ascesso anteriore che scivola (se delle coste alte) sotto il pettorale e si manifesta alla ascella; se delle coste inferiori si insinua tra i muscoli addominali e appare sulla parte dell'addome. Dopo l'ottavo anno le coste presentano tre nuovi punti di ossificazione alla loro estremità posteriore, e si ha più facilmente un ascesso posteriore. Questo è imbrigliato dal muscolo intercostale esterno, e tende a fare rilievo verso l'interno del torace: respinge la pleura parietale nella quale però non ha alcuna tendenza ad aprirsi.

La diagnosi è difficile: nel periodo della crescenza, quando in seguito a fenomeni generali si sviluppa una raccolta in vicinanza delle coste si pensi sempre a osteomielite. Un punto squisitamente doloroso su una costa, ben localizzato e associato a un certo grado di pastosità cutanea guidino la diagnosi. L'indagine radiologica dà poco nel primo periodo. La cura deve essere chirurgica: apertura del focolaio e resezione costale; stando bene attenti a non interessare la pleura sottostante, il che, del resto, non è difficile.

L. TONELLI.

TERAPIA.

La siero-resistenza di alcune difteriti attuali.

E. Cassoute (*Journ. de méd. de Paris*, 4 aprile 1929) osserva che mentre un tempo, nelle difteriti di media intensità, erano sufficienti 40-60 cmc. di siero (ed anche meno, *n. del red.*), attualmente si è costretti ad iniettare delle quantità di molto maggiori, le quali agiscono meno rapidamente e meno bene; inoltre, le paralisi difteriche, che erano una volta assai rare, si fanno ora più frequenti.

Tali fatti si sono osservati specialmente nelle grandi città (Marsiglia) e mettono in imbarazzo i medici pratici che sono costretti ad usare delle centinaia di cmc. di siero, sollevando le preoccupazioni delle famiglie, che devono anche sottostare a forti spese. Invece, i medici delle campagne riferiscono di ottenere dei buoni risultati con le dosi abituali di 40-60 cmc.

Si è pensato alla possibilità che tale siero preparato dall'Istituto Pasteur sia meno efficace; sembra invece che esso dovrebbe essere più attivo che quello di un tempo, perchè, con l'iniezione di anatossina alla tapioca (invece della tossina) si arriva ad ottenere 500 unità immunizzanti al cmc. in luogo di 365.

L'A. attribuisce le differenze osservate a cambiamenti nel genio epidemico della malattia, il che spiegherebbe anche le differenze fra la città e le campagne, dove i germi non avrebbero raggiunta una grande virulenza e si spiegherebbe così anche la maggior frequenza delle paralisi postdifteriche.

fil.

Una nota sulla cura non operatoria delle tonsille.

Non tutte le tonsille possono, per varie ragioni, essere asportate chirurgicamente. In questi casi riesce di ottimo successo l'impiego di una pasta fatta di soda caustica e calce idrata a parti uguali con un po' di alcool assoluto.

Norman Barnett (*The Lancet*, n. 17, 1929) ricorda gli ottimi risultati che si ottengono con l'applicazione di questa pasta, mediante uno speciale applicatore, sulla tonsilla.

Subito dopo l'applicazione, l'infermo avverte un lievissimo bruciore e un modico impaccio alla deglutizione, che poi passano. La tonsilla diviene di un color rosso intenso, si forma una crosta dopo 24 ore e poi cade. In 6-7 giorni una considerevole parte della tonsilla è distrutta.

In media, la cura si compone di 8 applicazioni, una volta alla settimana: le applicazioni successive sono indolori.

Il tipo di tonsilla più indicato per questo metodo di cura è quello con poco pus e incastonato entro i pilastri. V. SERRA.

Trattamento della tubercolosi laringea.

Nelle forme catarrali, sia sospette che accertate, non bisogna mai fare cure intempestive; la delicatezza deve essere poi la regola, essendo pericolosissima l'apertura di porte d'ingresso, dove fino allora non si tratta che di un semplice eritema o di congestione della mucosa.

Consigliabili sono le inalazioni di tintura di belzuino, o della seguente soluzione.

Balsamo del Perù	gr.	5
Balsamo di trementina	»	5
Tintura di eucalipto	»	10

Mezzo cucchiaio nell'acqua calda dell'inalatore.

Buoni risultati si hanno anche con polverizzazioni calde di: resorcina gr. 6, benzoato di soda gr. 6, glicerina gr. 40, acqua distillata gr. 450; infine buon giovamento si ha pure con pennellature, molto delicate, con il seguente colluttorio: argirol ctgr. 30, glicerina cmc. 10.

(Leroux. *Journ. de Méd. e Chir. Pratique*, aprile 1928). A. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Vitamine. — Al dott. I. N., da B.:

Le vitamine oggi ammesse sono in numero di sei.

La *vitamina A* è detta anche anti-xeroftalmica od anti-cheratomalacica o, meglio, anticheratinizzante. Un tempo comprendeva quella anti-rachitica, la quale poi ne venne staccata e designata prima con A', successivamente con E, ora generalmente con D.

La *vitamina B*, detta anche anti-beriberica od anti-polineuritica, è stata ora scissa in due, che vengono designate con B_1 e B_2 od anche, più generalmente, con F e G. Quindi la lettera B dovrebbe restare vacante, nella nomenclatura delle vitamine; ma si continua a farne molto uso.

La *vitamina C* o antiscorbutica è rimasta invariata da quando venne individuata verso l'inizio degli studi sulle vitamine.

La *vitamina D* o antirachitica, detta anche catalizzatore calciofissatore, si identifica con l'*ergosterolo irradiato*, il quale ha molti altri sinonimi (vigantolo, viosterolo, vitadol, ecc.).

La *vitamina E* o della fertilità o antisterile costituisce ormai un'entità definita.

La *vitamina F* corrisponde ad una parte di quella che un tempo era designata con B; più precisamente è la vitamina dell'equilibrio nervoso o anti-polineuritica *sensu strictiori*.

L'altra frazione, detta *vitamina G* od antipellagrosa, è designata anche con P. P. (preventiva della pellagra) e con B_1; il compito non ne è ancora generalmente ammesso.

Oltre alle azioni più manifeste, le vitamine ne dimostrano altre; per es. è nota l'azione antiinfettiva della vitamina A; in assenza della vitamina F, i glicidi non sono utilizzati che imperfettamente (onde la si associa all'insulina nella cura del diabete); si è segnalata l'importanza di questa vitamina anche nel regime dei tubercolotici; ecc.

L. V.

Al dott. A. Mucci, Castellanza:

Volumetto con numerose figure è quello di DELHERM e KAHN (Maloine): *Le principali posizioni in radiografia.*

Trattato completo in 2 volumi non molto voluminosi è il *Trattato italiano di diagnostica radiologica* (Taddei, Ferrara) in cui i più valenti radiologi hanno scritto i singoli capitoli.

Dalla « Collana del Policlinico »: BUSI: *Esplorazione radiologica della tubercolosi polmonare.* Editore L. Pozzi, Roma.

In italiano manca ciò che Lei desidera per mole.

E. MILANI.

All'abb. n. 4769:

Compendio italiano di Fisioterapia, tip. Cavalleri, Como, 1929, primo trattato in italiano.

E. MILANI.

VARIA.

« De Senectute ».

Ancora un libro sulla vecchiaia. L'ha scritto Warthin, professore di patologia all'Università di Michigan: una dissertazione filosofica-biologica sui fenomeni che preparano e determinano l'evoluzione naturale ed incoercibile verso il deterioramento della vita e la morte.

Questa è la condizione indispensabile per il mantenimento della specie, il sacrificio dell'individuo per il perpetuamento della razza, assicurato d'altra parte dall'istinto sessuale. Amore e morte sono l'essenza e la necessità della vita.

Warthin studia i fenomeni della vecchiaia e della morte in relazione a tutto il ciclo della vita umana. Divide questa in tre grandi periodi: il periodo dell'evoluzione che va dal momento della concezione fino a circa 25 anni nella donna e 28 anni nell'uomo; il periodo della maturità che va rispettivamente fino a

55 e 65 anni; ed il periodo dell'involuzione che da questa età va fino ai 90 anni negli individui che muoiono per senescenza. Il ciclo della vita umana naturale è una qualità essenziale della sua vitalità, un attributo intrinseco che nulla può modificare. La vecchiaia è condizione che si verifica ineluttabilmente dopo che l'individuo ha assolta la funzione della riproduzione che è il supremo scopo biologico della vita, la continuazione della specie, la cui finalità è forse uno stato di perfezione di cui noi non possiamo immaginare i termini. La macchina individuale non è che temporanea, una incidenza della vita della specie, che a sua volta è solo un epifonema della grande marcia della vita verso un destino sconosciuto ed inconoscibile.

Nel periodo dello sviluppo ed anche in quello della maturità vi sono numerose formazioni, dalla coda dello spermatozoo a strutture più complesse come il timo e le ovaia, che scompaiono quando hanno assolto il loro compito e la loro funzione non è più necessaria.

La placenta è l'organo che meglio rappresenta questo ciclo vitale. All'epoca del parto essa ha già i caratteri della senilità e presenta in dettaglio le alterazioni patologiche che si riscontrano nel periodo involutivo dell'intero organismo: sclerosi ed occlusione delle arterie, fibrosi dello stroma, atrofia e degenerazione dell'epitelio corionico, trombosi, infarto dei villi, calcificazione. Il punto più interessante si è che tutte queste alterazioni non dipendono da un eccesso di funzione ma un disuso, e per ragion di analogia le alterazioni della senescenza non devono interpretarsi come dovute ad un eccesso di lavoro, ad un abuso funzionale, ma in rapporto ad una finalità biologica per cui son messe fuori uso organi e tessuti che fatalmente devono scomparire.

Come la placenta degenera perchè il suo compito è cessato, così l'intero organismo si altera e cade in disfacimento perchè ha assolto il suo compito.

La vita di certi insetti, di certi fiori non dura che poche ore, essi passano nel mondo biologico come una meteora, solo per attestare e assicurare la perpetuità della specie. Così l'uomo: la scia luminosa tracciata dall'individuo è un po' più lunga ed un po' più brillante, ma anche essa ha un periodo di maggior splendore e poi di offuscamento per perdersi infine nell'oscurità eterna. Di perpetuamente luminoso non rimane che la specie.

Warthin ripudia l'idea che la vecchiaia sia una malattia. Brown-Séquard idenfiticava la senescenza con l'arteriosclerosi, Metchnikoff la considerava come una malattia prodotta dai veleni intestinali, Horsley, Lorand e molti altri l'attribuivano ad una degenerazione delle glandule endocrine.

Sta di fatto, invece, che la senescenza non è un processo morboso, perchè essa non si allontana dalla normalità. È un fatto comune e costante per tutti gli esseri viventi, rappresenta un periodo della vita. Essa non è una malattia come non lo è l'infanzia, l'adolescenza, la giovinezza e la maturità. In tutti questi periodi si hanno condizioni organiche e funzionali che le differenziano l'una dall'altra, e non per questo ciascuna di esse si considera anomala, morbosa rispetto all'altra.

Nè può farla considerare come patologico il fatto che essa percorre e prepara la morte, perchè anche questa è un attributo costante della vita.

Questa concezione è solo apparentemente scossa dai tentativi di ringiovanimento fatti con le operazioni di Steinach e di Voronoff.

In effetti la legatura dei vasi deferenti attivando la funzione delle glandole interstiziali e l'innesto delle glandole stesse non fanno che immettere nell'organismo nuovi ormoni sessuali, non producono un ringiovanimento ma una « rierotizzazione » dell'organismo.

Una rierotizzazione che lungi dal prolungare la vita può tal volta abbreviarla. Si provoca in effetti uno squilibrio organico-funzionale. La vecchia botte non è in grado di contenere il nuovo vino ancora in fermentazione. Le morti improvvise in seguito alle così dette operazioni di ringiovanimento non sono rare.

La natura in questo campo non può essere forzata. Non si possono modificare fatti che sono governati da leggi fondamentali della vita e del cosma.

Una simile constatazione può indurre ad una concezione pessimistica della vita.

La natura appare come un'attività cieca, senza finalità, come una potenza perennemente creatrice che perennemente distrugge le proprie creazioni, e che, diventata cosciente di sè nell'uomo, prende in lui la forma di un'aspirazione dolorosa, sempre rinnovata e non appagata mai, cioè un volere senza motivo, un nascere ed un morire sempre.

Nascere vuol dire morire. La morte è un attributo della vita. E come per gli individui così per le specie.

Questa l'essenza di tutte le cose, immutabile ed incoercibile.

Tuttavia come fenomeno naturale la senescenza e la morte non sono dolorose più di quel che siano altri periodi ed altri fatti della vita.

La vecchiaia non patologica non è dolorosa, perchè c'è un progressivo adattamento tra lo spirito e le possibilità organiche.

È perfino la morte naturale, come il compimento d'ogni funzione organica, è dolce. L'eutanasia è la sola possibilità cui può praticamente tendere l'umanità.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXVII. - Condizioni di legittimità delle dimissioni dichiarate d'ufficio.

L'astensione dal servizio può costituire, obbiettivamente, causa di risoluzione del rapporto d'impiego, essendo obbligo fondamentale dell'impiegato la prestazione dell'opera, senza interruzione, salvi legittimi impedimenti. Generalmente è riconosciuto alle amministrazioni pubbliche — in certi casi anche per norma di diritto positivo — il potere di dichiarare dimissionario volontario l'impiegato che, senza legittima causa, si astiene dal prestare servizio. È stata anche usata la formula delle dimissioni *presunte;* ma questa espressione non è esatta e può determinare equivoci; poichè si considera sufficiente la volontarietà dell'astensione dal servizio (elemento intenzionale) e non è necessario che risulti, tacitamente, la volontà di rinunziare all'ufficio, è evidente che non si verifica un caso di dimissioni presunte.

In altri termini, l'amministrazione non dichiara sciolto il rapporto di impiego perchè tacitamente l'impiegato abbia manifestato la volontà di dimettersi; ma essa applica una *speciale sanzione,* perchè è stato violato uno dei doveri fondamentali, cioè quello della prestazione d'opera regolare e continuativa.

L'art. 42 della legge sullo stato giuridico degli impiegati dello Stato (T. U. 22 novembre 1908) previde il caso dell'impiegato che senza giustificato motivo non assumesse il servizio entro il termine stabilito dall'ordinanza di destinazione o di trasferimento.

L'art. 46 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960 considera, invece, tutti i casi possibili: che l'impiegato, senza giustificato motivo, non assuma o non riassuma servizio entro il termine prefissogli o rimanga assente dall'ufficio per più di dieci giorni, salve le disposizioni più restrittive delle singole amministrazioni.

Nello stesso senso dispongono altre norme di diritto positivo: per es. circa il personale delle cancellerie giudiziarie. Questo principio è stato applicato come norma generale, eccettuate le regole particolari concernenti il termine, a tutti i rapporti d'impiego pubblico. Ma la giurisprudenza, pur non definendone esattamente la natura giuridica *di sanzione,* ha precisato alcune condizioni di legittimità del potere della pubblica amministrazione. È stata ritenuta necessaria, anzitutto, la volontarietà dell'abbandono del servizio, risultante da dichiarazioni espresse o da presunzioni gravi, precise e concordanti. Se manchi una diretta ed esplicita dichiarazione di volontà dell'impiegato, la giurisprudenza ha considerato necessario che questi *sia messo in mora* a riassumere il servizio entro un dato termine o sia diffidato o almeno avvertito delle conseguenze alle quali l'assenza dall'ufficio lo condurrebbe, se persistesse. Questo criterio, che tempera ed attenua il rigore della sanzione, è stato applicato anche recentemente dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 1° giugno 1929 n. 282, la quale ha stabilito che « prima di dichiarare dimissionario d'ufficio l'impiegato, l'amministrazione deve rivolgergli analogo e perentorio invito o diffida ».

La decisione eccettua il caso in cui « la condotta dell'impiegato, per eventuali fatti e circostanze, escluda l'opportunità di qualsiasi atto di benevolenza ». In senso analogo sono le decisioni della V Sezione 1° luglio 1927 n. 382, 29 dicembre '27 n. 651, 30 marzo '28 n. 161 e della IV Sezione 15 luglio 1927 n. 421, 12 ottobre 1928 ric. Vaccari.

È da aggiungere che la V Sezione, con decisione 22 giugno 1929 n. 389, ha ritenuto illegittima la dichiarazione di dimissioni d'ufficio, qualora le assenze siano state determinate da giusti motivi: si trattava, in quel caso, di un segretario comunale, il quale, in seguito ad un incidente con l'assessore anziano (nominato poi Podestà) fu da quest'ultimo ingiuriato e percosso, sicchè credette necessario ed opportuno star lontano dall'ufficio; l'amministrazione tollerò che il segretario rimanesse assente per diciotto mesi e non gli comunicò alcuna diffida preventiva per indurlo a riprendere servizio in un dato termine. Lo dichiarò invece dimissionario. Il provvedimento fu annullato dal Consiglio di Stato, con la decisione suindicata.

XXXVIII. - Riduzione di condotte; oneri; retribuzione.

Fu ridotto il numero delle condotte mediche; più estesa fu, quindi, la circoscrizione di quelle conservate e riordinate, ma il numero dei poveri non raggiunse la percentuale prevista nel capitolato. I medici condotti chiesero un aumento della retribuzione, considerata la maggiore estensione e la densità demografica delle circoscrizioni delle nuove condotte.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 22 giugno 1929 n. 372, ha dichiarato che, generalmente, ridotto il numero delle condotte, i titolari di quelle ampliate non possono dolersi del provvedimento, per il maggior lavoro che ad essi viene imposto necessariamente. Nel caso concreto poi, soggiunge la decisione, non era da ammettersi un aumento della retribuzione perchè il numero dei poveri non raggiunse la percentuale prevista nel capitolato.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alleghe (*Belluno*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 oltre L. 400 uff. san., c.-v., L. 1000-1500-3500 trasp., 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15.

Ariano di Puglia (*Avellino*). — Scad. 30 nov.; L. 6000 (*sic*) e c.-v.

Biella. *Ente Biellese di Assistenza agli Operai.* — Medico chirurgo fiduciario. Titoli. Documenti alla Presidenza (Via Umberto, 19 - Biella) entro il 20 dicembre, ore 18. Sei anni di esercizio professionale. L. 40.000 e trasferte. Divieto eserc. libero. Per informazioni, schiarimenti e visione del Regolamento, rivolgersi al segretario.

Brescia. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 30 nov.; direttore medico; L. 24.000 e 3 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Carmagnola (*Torino*). *Ospedale S. Lorenzo.* — Assistente di medicina; L. 3800 (*sic*) oltre 10 % operazioni. Scad. 30 nov.

Castellinaldo d'Alba (*Cuneo*). — Scad. 10 dic.; stipendio legale e L. 475 se uff. san.

Cavallerleone (*Cuneo*). — Scad. 15 dic.; L. 8000 oltre L. 500 bicicl., 4 quinquenni dec., età lim. 50 a.; tassa L. 50,10.

Como. — Scad. 10 dic.; 6° rione; L. 8000 per il 15 % popolaz., addizion. L. 5; c.-v.; L. 2000 motocicl.; L. 500 ambulat.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Cressa (*Novara*). — Scad. 15 dic.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp., L. 150 indenn. speciale.

Diso (*Lecce*). — Scad. 30 nov.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 500 pov. e L. 5 oltre i 2500; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Fiume (*Carnaro*). *Amministrazione Provinciale.* — Assistente Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi; scad. ore 12 del 15 gen. 1930; v. N. 46.

Genova. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari e direttori degli uffici d'igiene di 2 Consorzi; lire 14.000 ciascuno e 10 bienni ventesimo, oltre lire 2000 per visite settimanali ordinarie; compensi straord.; divieto eserc. profess. Scad. ore 17 del 31 dic. Titoli ed esami. Età lim. 45 a.

Genova Rivarolo. *Ospedale Celesia.* — Oculista primario, otorinolaringoiatra primario, radiologo; età lim. 45 a.; L. 2000 (*sic*) annue, oltre 40 % atti operatori per i primi 2 posti e 25 % proventi gabinetto per il terzo; nom. biennale; doc. a 3 mesi dal 10 nov.; serv. entro 15 gg.; titoli. Scadenza ore 16 del 10 dicembre.

Magione (*Perugia*). — 3° reparto; scad. 6 dic.; L. 8000 oltre L. 1800 serv. att., c.-v., 5 sessenni dec.. L. 500-2000-4000 trasp., revedibili; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Montepulciano (*Siena*). — Per la frazione di Acquaviva. Stipendio L. 7500 e 6 aumenti quadriennali; caro viveri di legge. Scadenza 10 dicembre. Richiedere avviso alla Segreteria Comunale.

Monza. *Ospedale Umberto I.* — Chirurgo primario; proroga ore 18 del 30 nov.

Pieve a Nievole (*Pistoia*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., c.-v., L. 3500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Pistoia. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente Sez. Medico-Micrografica e Assistente Sez. Chimica del Laboratorio Provinc. di Igiene e Profilassi; scad. 30 dic.; v. N. 46.

Pola. *Amministraz. Prov. dell'Istria.* — Radiologo interino dell'Ospedale Provinciale. A tutto 30 nov.

Reggio Cal. — 3 condotte; scad. 30 giorni dal 12 nov.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 400 serv. att. e L. 900 supplem., L. 1000 vettura, c.-v.

Roma. *Amministraz. Provinc.* — Primario chirurgo presso l'Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà per malattie mentali; scad. 30 nov.; v. N. 46.

Santa Croce del Sannio (*Benevento*). — Ufficiale Sanitario. Scad. 45 giorni dal 6 nov.

S. Pietro Viminario (*Padova*). — Al 30 nov., ore 19; L. 9000 fino a 1000 pov., addizion. L. 5; 5 quadrienni dec.; c.-v.; per trasp. L. 800-1600-3000; se uff. san. L. 500; dichiaraz. del Segretario politico del luogo; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50.

Trescore Balneario (*Bergamo*). *Ospedale S. M. della Pietà per malattie mentali.* — Chirurgo primario; scad. ore 12 del 30 nov.

Trescore Balneario (*Bergamo*). — Due condotte; scadenza 15 dic.; v. N. 46.

Vicenza. *Ospizio Infanti Abbandonati.* — Direttore sanitario; a tutto 30 nov.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v. di L. 1300 se coniugato. Rivolgersi alla Direz. amministrativa.

Vobarno (*Brescia*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; L. 10.000 oltre L. 3500 trasp., c.-v.; tassa L. 50,15.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche. i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi e Borse di studio.

Presso la *Fondazione per gli Studi Oftalmologici e per la Profilassi oculare* sono aperti i concorsi ai premi Cirincione (un premio di L. 20.000 e due medaglie d'oro da L. 3000 e L. 2000) ed al premio Cidonio (L. 7000). Scadenza a fine settembre 1930. Per le norme rivolgersi agli « Annali di Ottalmologia e Clinica Oculistica », viale Castro Pretorio 66 - Roma.

Il *Collegio dei Medici di Filadelfia* indice il concorso internazionale al Premio Alvarenga, dell'importo di doll. 300, per un saggio in qualsiasi

campo della medicina; scad. 1° maggio 1930. Chiedere programma al Dr. John H. Girvin, secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa, S. U. d'A.

Il premio del 1929 è stato assegnato al dott. George M. Dorranec di Filadelfia.

Per festeggiare l'intesa avvenuta fra la Reale Società Italiana di Igiene e l'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, il prof. Prassitele Piccinini ha messo a disposizione la somma di lire 2000 per due premi di L. 1000 ciascuno, su argomento d'igiene. Rivolgersi all' *U. S. M. I.*, via Vallazze 39, Milano (132).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Collegio dell'Istituto di Stoccolma ha deciso di assegnare il premio Nobel del 1929 per la fisiologia e per la medicina a due scienziati: Christian Eykman, professore d'igiene a Utrecht, il quale individuò la prima avitaminosi, nel beriberi, e sir Friedrich Gowland-Hopkins, professore di chimica a Cambridge, il quale ha fatto progredire le nostre conoscenze sulla composizione delle vitamine.

Con decreto del Ministero delle Corporazioni l'on. Maurizio Maraviglia è nominato presidente del Patronato nazionale per l'assistenza sociale.

Il prof. Lorenzo Cherubini è stato nominato membro del Consiglio Centrale della Federazione Nazionale antitubercolare fascista.

Congratulazioni vivissime all'egregio amico.

Al dott. A. Bozello, docente privato di chirurgia a Greifswald, è conferito il titolo di professore straordinario.

Il Consiglio direttivo dell'Accademia Nazionale di Medicina del Messico per l'anno accademico 1929-30 è stato così costituito: presidente: dott. José Torres Torija; vice-presidente: dott. Luis Rivero Borrell; segretario perpetuo: dott. Alfonso Pruneda; segretario annuale: dott. Manuel Escontría; tesoriere: dott. Benjamín Bandera.

COMMENTI

Cronistoria della filtrazione del virus rabbico.

A proposito del cenno sull'attività scientifica del prof. D. De Blasi, pubblicato nel N. 41, il prof. A. Di Vestea ci prega di chiarire che i primi a dimostrare la filtrabilità dell'agente morbigeno della rabbia furono, quasi contemporaneamente, (giugno 1903), lo stesso Di Vestea in Italia e Remlinger e Riffatbey all'estero e che poco dopo De Blasi in collaborazione con Celli ne dava la conferma, venuta anche da Bertarelli e Volpino e da Schüder.

Il prof. Di Vestea ricorda essere il medesimo il pensiero del prof. D. De Blasi, manifestato già in precedenti sue pubblicazioni; e ciò gli è grato dichiarare, ad onore della lealtà e dell'obbiettivismo dell'illustre collega.

La Redazione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

L'attività delle cliniche della R. Università.
La Clinica Urologica.

Ha subìto in questi ultimi mesi il suo definitivo assestamento, dopo ampliamenti e perfezionamenti cospicui, la Clinica Urologica diretta dal prof. G. B. Lasio. Le origini della Clinica — l'unica Clinica Urologica Universitaria d'Italia — risalgono alla fondazione dell'allora Padiglione Ospedaliero Riva istituito nel 1911. In seguito il modesto Padigione subiva modificazioni ed ampliamenti sempre maggiori fino ad assurgere alla dignità di Clinica Universitaria nel 1924.

Le spese di ampliamento vennero tutte sostenute per mezzo di sottoscrizioni private che raggiunsero la cifra di oltre L. 800.000.

Attualmente la Clinica Urologica di Milano è rappresentata da un Padiglione isolato sito presso le altre Cliniche Universitarie di via Commenda. Esso è attualmente fornito di 100 letti per malati di forme urologiche, compresi 30 letti per convalescenti: vi è il reparto maschile e il reparto femminile. Il padiglione è dotato di Sezione Radiologica propria, di un laboratorio di Chimica Clinica, di uno di Istologia e di uno di Batteriologia. Le sale operatorie — due e di recentissima costruzione — rappresentano quanto di più moderno è stato fatto in questo campo. Il padiglione è pure fornito di un museo per la conservazione dei pezzi anatomici e di un anfiteatro per le lezioni. Vi è annessa una Ambulanza Pubblica dotata di sala di medicazione e di sala di endoscopia propria.

Notevole è l'attività scientifica dell'Istituto. È soprattutto notevole lo sviluppo che è stato dato allo studio radiologico e radioscopico sistematico, in serie, ecc. delle più svariate forme urologiche, specie renali: per quanto riguarda i risultati di tali studi relativamente all'idronefrosi e specialmente all'idronefrosi cosiddetta « dinamica » ha ampiamente riferito il prof. Lasio nel recente Congresso della Società Italiana di Urologia, ove furono fatte numerose altre comunicazioni pregevoli del personale della Clinica.

Or sono pochi giorni la Clinica è stato la sede ove si è svolto un avvenimento scientifico della più alta importanza. Il prof. Lichterberg di Berlino, reduce dal Congresso di Urologia di Genova ove applauditissimo tenne comunicazione su quello che è l'argomento del giorno in Urologia, la pielografia con « Uroselectan » (sostanza che introdotta nelle vene rende perfettamente opachi ai raggi X i reni e tutto l'apparato urinario, sostanza scoperta da Swick-Lichtenberg) acconsentì ad eseguire una dimostrazione pratica sull'uso della sostanza. Questa venne introdotta intravena in tre malati (un'idronefrosi, una nefroptosi lieve, un diverticolo vescicale) con risultati meravigliosi: tutto l'apparato urinario, compresa l'ombra stessa del rene risultarono perfettamente opachi e percettibili alla vista in ogni minimo particolare. La notizia di tale esperimento ha destato vivo interesse in tutti gli ambienti scientifici.

Dott. R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Sorgerà tra Affori e Niguarda su progetto degli ingegneri Antonio Bertolaia e Angela Riva.

L'Ospedale occuperà un'area di 320.000 mq.; consterà di oltre 30 edifizi e potrà accogliere 2000 letti, di cui 1500 per i malati e 500 per il personale.

Lo studio dei singoli padiglioni è stato fatto tenendo presente la diversa destinazione e le diverse esigenze di cura che si svolgono nei padiglioni stessi.

Ogni sezione ospitaliera è stata presa in esame non solo con le sue speciali caratteristiche rispetto all'ordinamento interno, ma anche nei riguardi dell'aspetto esterno: e sono stati conferiti alle diverse costruzioni — le quali costituiscono una piccola città ospitaliera, perfettamente attrezzata — caratteri appropriati, in guisa da farne avvantaggiare non solo l'esattezza tecnica, ma anche l'aspetto generale dell'Istituto.

Nella disposizione degli edifici è stato seguito il criterio della migliore orientazione, senza dar luogo per questo ad una concezione estetica sgradevole e senza cadere in una disposizione troppo rigorosamente simmetrica.

L'Ospedale comprenderà quattro padiglioni di medicina, contenenti ciascuno una divisione di 126 letti; quattro padiglioni di chirurgia, contenenti pure una divisione di 126 letti ciascuno; un padiglione di ostetricia e di ginecologia, con 100 letti; uno per l'oculistica, con 80 letti; uno per la pediatria, con 50 letti; uno per la chirurgia infantile, con 92 letti; tre padiglioni per isolamento, di cui uno per le forme di contagio grave; un padiglione per deposito di tubercolotici; venti letti di pronto soccorso, disposti nel fabbricato per l'accettazione; un padiglione per deliranti, epilettici, etilici, con 32 letti; uno per convalescenti, con 32 letti; l'istituto anatomo-patologico, coi laboratorii annessi ed il servizio mortuario.

Gli edifizi per i servizi sussidiari sono in numero di quindici.

L'intera area dell'Ospedale è protetta da un muro di cinta, sostituito da una cancellata in corrispondenza al Palazzo d'ingresso ed agli ingressi secondari.

Complessivamente il nuovo Ospedale verrà a costare circa 57 milioni di lire.

Il compimento è previsto in un periodo di tre anni dall'inizio dei lavori.

Il decentramento degli ospedali nel Milanese.

S. E. il Prefetto della provincia di Milano dott. Siragusa con decreto del 30 ottobre u. s., riconosciuto che l'Ospedale Maggiore di Milano per impianti e organizzazione di servizi, è in grado di funzionare come Ospedale di Circolo, ha dichiarato costituito ed aperto al funzionamento il Circolo Ospitaliero di Milano con effetto dal 31 dicembre 1929 a sensi dell'art. 7 della legge 6 novembre 1924 n. 2086 sul « Decentramento dell'assistenza ospitaliera esercitata dagli Istituti Ospitalieri di Milano » (Ospedale Maggiore e Case Pie annesse).

Il riconoscimento in parola, che sarà esteso anche agli altri Ospedali dei 31 Circoli nei quali venne diviso il territorio dell'antico Ducato di Milano, dà effettiva esecuzione alle disposizioni di legge con le quali il Governo Nazionale ha posto fine alla questione, che prospettata fin dal marzo 1888, si è acuita alla fine del 1903 per la deliberata temporanea sospensione dell'accettazione degli ammalati dei Comuni foresi da parte dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Alla auspicata soluzione, che col giorno 31 dicembre p. v. entra in esecuzione, hanno contribuito in primo luogo gli antichi studi delle Commissioni nominate or sono parecchi anni dalle Amministrazioni Provinciali interessate e quella esecutiva dei Comuni foresi; ma il decentramento non sarebbe entrato nella fase risolutiva se non con l'intervento diretto del Capo del Governo Nazionale che, tenuti presenti l'aiuto di più che trenta milioni di lire dato dalla Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ed il contributo di 20 milioni deliberato dal Comune di Milano, in compenso dell'esonero dell'Ospedale Maggiore dall'obbligo dell'assistenza ai malati dei Comuni foresi, ha emanato la legge del 6 novembre 1924 affidando ad una Commissione nominata dal Ministero dell'Interno gli ulteriori studi per l'applicazione del decentramento ospitaliero.

A questa Commissione costituita dal Ministro Federzoni con suo decreto del 26 gennaio 1925 si deve la elaborazione del piano e le modalità dell'esecuzione. Essa è tuttora composta del senatore conte Emanuele Greppi in rappresentanza del Ministero dell'Interno, di S. E. il marchese De Capitani d'Arzago per la Cassa di Risparmio, e dell'avv. comm. Paolo Grassi per le Provincie e i Comuni interessati.

Congresso internazionale di neurologia.

Ad iniziativa della Società americana di neurologia (New York) sarà tenuto a Berna, alla fine dell'agosto 1931, un Congresso internazionale di neurologia. Per la buona riuscita di esso è stato costituito un « Comitato permanente internazionale di organizzazione », con sottocomitato, formato da delegati ufficiali di 21 Nazioni; l'Italia vi è rappresentata dai proff. O. Rossi e V. M. Buscaino; esso si è riunito il 29 e il 30 agosto u. s. a Berna, in una delle sale del Bellevue Palace Hôtel. Sono stati acclamati vari soci onorari del Congresso: per l'Italia il prof. Tanzi. Sono stati nominati otto vice-presidenti; per l'Italia il prof. O. Rossi. Si è nominato il Comitato permanente d'organizzazione; per l'Italia è stato così costituito: O. Rossi, presid.; A. Donaggio, O. Fragnito, E. Lugaro, G. Mingazzini, V. M. Buscaino, segretario.

Lingue ufficiali: francese, inglese, italiano, tedesco.

Il Congresso sarà a contenuto neurologico; durerà cinque giorni, di cui solo quattro dedicati alle riunioni, con due sedute quotidiane.

Temi: 1) « Mezzi di diagnosi e di trattamento (chirurgico e d'altro genere) dei tumori cerebrali »; 2) « Il tono muscolare: anatomia, fisiologia, patologia »; 3) « Infezioni acute non suppurative del sistema nervoso »; 4) « Importanza dei traumi nella produzione dei sintomi nervosi ».

Per l'organizzazione delle relazioni sono stati nominati per il primo tema Nonne, per il secondo Sherrington, per il terzo Guillain, per il quar-

to Rossi O. La scelta definitiva dei correlatori è deferita a loro; ma essi, d'accordo con i colleghi di riunione, ne hanno già indicati alcuni, e precisamente per il primo tema De Martel, Förster, Trotter, Vincent; per il secondo Hunt, Rademaker, Thévenard, Von Economo, Wilson; per il terzo André-Thomas, Buscaino, Greenfield, Marburg, Marinescu, Pette, Van Bogaert, Wimmer; per il quarto Hortega, Jelliffe, Lhermitte, Naville, Symonds, Von Sarbò.

Due sedute saranno dedicate alle comunicazioni. Sulla questione dei fondi occorrenti, in ispecie per la stampa degli atti, sono state ventilate alcune proposte. Tra queste ne è stata presa in considerazione una, sulla opportunità che le Società di neurologia delle singole Nazioni contribuiscano, adeguatamente alle loro forze, per la riuscita del Congresso. Il prof. Rossi O. ha annunziato un contributo di 500 franchi svizzeri da parte della Clinica da lui diretta.

La decisione sulla opportunità della formazione di una Società internazionale di neurologia e sulle modalità di costituzione di questa (Federazione delle Società neurologiche nazionali, ecc.) è stata rimandata all'epoca del Congresso.

Congresso idrologico italiano in Rodi e Monumento ad Ippocrate in Coo.

Al Congresso Idrologico di Spezia il sen. prof. U. Gabbi illustrò le acque minerali e le Terme di Rodi e del Dodecanneso, suscitando il più vivo interesse nei presenti, che acclamarono Rodi come sede del XXI Congresso Nazionale Idrologico (1930). Già sono in corso le pratiche per la riuscita grandiosa del Congresso di Rodi, sotto gli auspici dell'Associazione Italiana di Idrologia (Milano, via S. Barnaba, 8).

Per iniziativa dello stesso sen. Gabbi, che ha avuto il consenso e l'appoggio di S. E. sen. Lago, sorgerà fra breve a Coo un monumento ad Ippocrate, di cui è stata ritrovata in questi giorni la statua. Alla memoria del grande padre della Medicina l'Italia Fascista tributerà onori solenni, che avranno risonanze in tutto il mondo civile.

Congresso argentino di Chirurgia.

È indetto pel 1930, sotto la presidenza di Eduardo F. Belbáustegui; segretari i dottori Adrián J. Bengolea, Alfredo Buzzi, Pedro Járegui e Ricardo Rodríguez Villegas. Temi: « Complicazioni post-operatorie dell'appendicite acuta »; « Trattamento chirurgico del male di Pott »; « Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica »; « Trattamento chirurgico del cancro mammario ». Rivolgersi all'« Asociación Médica Argentina », Santa Fé 1171, Buenos Aires, Rep. Argentina.

Per la Società internazionale di Chirurgia.

Il Comitato centrale della Società Internazionale di Chirurgia nella sua ultima riunione durante il recente Congresso di Varsavia ha aumentato il numero di posti assegnati all'Italia.

Il Comitato Italiano invita pertanto quei chirurghi che desiderassero entrare a farne parte a rivolgersi ad uno dei tre Commissari: proff. R. Alessandri (Roma), M. Donati (Torino), B. Rossi (Milano), unendo, se non conosciuti da loro personalmente, un cenno sulla carriera e sull'attività scientifica e pratica.

Società internazionale per la prevenzione della cecità.

Il 14 settembre, in occasione del Congresso internazionale di oftalmologia tenutosi ad Amsterdam, su invito di un Comitato provvisorio si adunarono all'Aja numerosi oculisti, per costituire la Società internazionale suddetta. Il Consiglio direttivo è stato così formato: presidente De Lapersonne (Francia); vice-presidente Park Lewis (Stati Uniti); membri: Axenfeld (Germania), Cridland (Inghilterra), v. Grosz (Ungheria), Maggiore (Italia), Shinobu Ishwara (Giappone), Van der Hoeve (Olanda); segretario Humbert, della Lega delle Società delle Croci Rosse; tesoriere De Machy. Vennero eletti presidenti onorari Angelucci, Fuchs e Van Diehl. La Società ha sede presso la Lega delle Società delle Croci Rosse, rue Velasquez 2, Parigi (VIII). Terrà le sue sedute annualmente.

Lega internazionale contro il tracoma.

Si è costituita sotto la presidenza del prof. v. Grosz, direttore della I Clinica oculistica di Budapest. La Lega avrà quali membri, i delegati delle principali Società nazionali di oftalmologia. Nel suo programma è il problema del tracoma dal punto di vista scientifico, pratico e sociale. Rivolgersi al presidente, Maria Utca 39, Budapest VIII, Ungheria.

Società Italiana di Anatomia.

Come a suo tempo annunziammo, si è tenuto a Bologna il I Congresso di questa Società, della quale possono far parte non solo i morfologi appartenenti ad Istituti di Anatomia umana, comparata e veterinaria, di Istologia, Embriologia, Antropologia; ma anche tutti coloro che coltivano tali studi e quelli affini. La quota sociale annua di L. 30 è da inviarsi al tesoriere, prof. L. Castaldi, direttore dell'Istituto anatomico della R. Università di Cagliari.

Scuola di perfezionamento in Chirurgia a Roma.

La Scuola, posta sotto la direzione del prof. R. Alessandri, ha la durata di cinque anni. Le iscrizioni sono ammesse fino al 1° dicembre; devono raggiungere il numero minimo di sei. Eccezionalmente, per coloro che comprovano di aver sostenuto l'esame di Stato, sarà accettata l'iscrizione appena superato l'esame. In seguito a frequenza ed a prove di esami, la Scuola rilascia diplomi di perfezionamento in chirurgia. Tassa d'immatricolazione L. 300; tassa annua di iscrizione L. 800, sopratassa annua di esami lire 150, sopratassa di diploma L. 75. Per il programma dettagliato rivolgersi al direttore, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma.

La Fondazione dell' Università di Milano.

L'avv. Giuseppe Biraghi, segretario generale della Università di Milano, ha pubblicato un forte volume: « La fondazione della Università di Milano ».

La pubblicazione è dovuta a un Comitato di cospicui cittadini i quali hanno voluto con essa oltre che ricordare l'inizio dell'Università, anche la figura e l'opera dell'indimenticabile senatore Mangiagalli.

La trattazione ha un'importanza speciale in

quanto fa la storia di tutti i cosidetti Istituti Superiori della città dalla loro origine fino ai nostri giorni e quindi sono notizie importantissime e non sempre note.

L'ampio cenno biografico del sen. Mangiagalli è dovuto al prof. Giuseppe Gallavresi che ha saputo bene far rivivere la gagliarda tempra dell'illustre ideatore della Università di Milano.

Il volume è riccamente illustrato.

Una prolusione.

Il prof. Guglielmo Bilancioni ha inaugurato il corso ufficiale di Clinica oto-rino-laringologica presso l'Università di Roma svolgendo il tema: « Civiltà nuova: i compiti dell'otorinolaringologia nella politica sanitaria e sociale fascista ». Ad ascoltare la parola dell'eletto studioso intervenne un pubblico densissimo, tra cui erano numerosi professori della Facoltà.

Diplomi di benemerenza dell'O. N. B. ai medici.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto con il quale si stabilisce che i diplomi di benemerenza istituiti con R. Decreto 19 gennaio 1928 possono essere conferiti anche ai sanitari che svolgono una proficua ed efficace attività a favore dell'Opera Nazionale Balilla: esso è il tangibile riconoscimento dell'opera preziosa che la classe dei medici da tempo presta con assoluto disinteresse e con vera efficacia. Finora più di 800 medici svolgono questa attività; e già 55 sono gli ambulatori provinciali costituiti e funzionanti nei capiluoghi di provincia con altri 35 in via di costituzione ed oltre 300.000 sono le visite già compiute.

I suddetti diplomi verranno conferiti solo in casi eccezionali, previo il parere del Presidente dell'O. N. B. e sentita la speciale Commissione istituita con R. D. 5-3-1914, Commissione il cui parere è richiesto per tutte le concessioni di distinzioni onorifiche di ordine sanitario, e che, per gli elementi che la compongono e per l'indipendenza ed autorevolezza del giudizio che è chiamata ad esprimere conferisce alle onorificenze concesse particolare prestigio.

Sarà fatta astrazione dei limiti di tempo disposti e cioè dieci, cinque e tre anni per i diplomi di I, II e III classe, e verrà conferito senz'altro il diploma di I grado.

Si è inoltre precisato che dipendendo il personale sanitario dall'Amministrazione dell'Interno, il conferimento con R. Decreto abbia luogo su proposta del Ministero degli affari dell'Interno e le segnalazioni debbano pervenire, in epoca determinata, dai Prefetti.

Per gli Orfani dei Medici caduti in guerra.

Il Comitato di Assistenza degli Orfani dei Medici caduti in guerra, presieduto dal gen. medico F. Della Valle, ha diramato un vivo appello a tutti i Medici Italiani perchè ciascuno ricordi i 58 orfani, ai quali occorre provvedere fino al 1942, e cioè fino al compimento dei loro studii.

Le spese sono ingenti, mentre le fonti del finanziamento sono molto modeste, e solo quattro di questi Orfani hanno potuto trovare posto nel Collegio di Perugia.

Le pubblicazioni del dott. F. Bocchetti, messe in vendita a favore dei detti Orfani e così pure la targa in bronzo riproducente il Monumento di Firenze al medico caduto in guerra, hanno dato meno di quanto si sperava.

L'*Ufficio Stampa Medica Italiana* (U. S. M. I.) curerà che l'appello del Comitato giunga anche a coloro che ricevono valido appoggio dalla classe medica, e che le debbono riconoscenza.

Verrà posto in vendita in tutta Italia, al prezzo di L. 10, a totale beneficio degli Orfani, il libro del prof. Peri: *Medicina del lavoro - Disciplina italica.*

L'Associazione dei volontari del sangue.

In una riunione tenutasi nella sede dello Studio ematologico milanese, si è costituita una associazione fra i datori volontari del sangue organizzati dallo Studio stesso.

Dopo un'ampia relazione circa il lavoro scientifico compiuto finora in questo campo ed una viva illustrazione della pratica utilità della trasfusione del sangue tenuta dal dirigente dello Studio, prese la parola il dott. Pietro Ficai Veltroni, il quale espose con elevate parole la missione di solidarietà e di pietà profondamente umana e civile che l'associazione si propone di compiere, incitando tutti gli intervenuti a portare nei limiti della propria sfera sociale il contributo della convinzione e dell'esempio all'iniziativa. Venne quindi data lettura dello statuto che l'assemblea approvò a voti unanimi, conferendo mandato al presidente eletto nella persona del dott. Ficai Veltroni di designare il primo Consiglio direttivo dell'Associazione.

Prima di sciogliersi l'adunanza deliberò l'invio di telegrammi di omaggio ai Sovrani, al Principe ereditario, al Capo del Governo e ad alte personalità della scienza e della politica.

Lotta contro la tubercolosi in Francia.

Per il corrente anno 1929, sul bilancio del Ministero del Lavoro, dell'Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza sociale sono stati accordati i seguenti crediti per la difesa sociale contro la tubercolosi. Dispensari d'igiene sociale e di difesa antitubercolare, laboratori di batteriologia, difesa dell'infanzia contro la tubercolosi, Opera Grancher ed altre: 18 milioni di franchi. Ordinamento, ingrandimento, restauro di sanatori pubblici e spese di manutenzione: 24 milioni di franchi. Sovvenzioni per creazione o ingrandimenti di preventori pubblici antitubercolari e spese di funzionamento dei proventori pubblici dello Stato: 7 milioni di franchi. Assistenza ai tubercolosi: 12.500.000 franchi. Contributo eccezionale dello Stato per la creazione di villaggi sanatori per i tubercolosi di guerra: 500.000 franchi. A queste somme vanno aggiunte quelle provenienti dalla tassa sulle case da gioco che, nel 1928, hanno raggiunto i 10.950.000 franchi.

In definitiva, per l'anno 1929 i crediti consacrati dallo Stato francese alla lotta contro la tubercolosi saranno approssimativamente di circa 73 milioni di franchi, contro 63 milioni nel 1928. Alla lotta contro la tubercolosi concorrono molti altri Enti.

Incendio all' Istituto del cancro di Milano.

La notte del 12 corrente si sviluppò un incendio nell'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la terapia del cancro di Milano.

Esso originò in uno dei depositi sotterranei di carbone, pare in seguito a combustione spontanea. Le esalazioni, attraverso la tromba di un montacarico, invasero molti locali sovrastanti. L'intenso calore salì fino ai solai, intaccando l'armatura in legno del tetto. I vigili del fuoco, in numero di cinquanta, lavorarono sino al mattino per domare il fuoco; molti erano provvisti di apparecchi antifumistici e di maschere contro i gas. I locali sotterranei vennero interamente inondati. Medici e infermieri si adoperarono al trasporto dei degenti in locali non invasi dai gas tossici.

Esercizio abusivo dell'arte sanitaria.

Il Sindacato medico fascista della Provincia di Milano comunica:

Il 5 corr. ebbero luogo avanti la R. Pretura di Lodi i processi a carico dei signori Rancati Giuseppe e Baldrighi Giovanni, per esercizio abusivo della medicina. Il Rancati Giuseppe recidivo specifico fu condannato a 25 giorni di detenzione e a L. 1666 di ammenda oltre le spese; il Baldrighi Giovanni fu condannato a L. 500 di ammenda e alle spese.

Il Sindacato e l'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Milano si erano costituiti parte civile con l'avv. Azio Samarani di Milano.

Medico assassinato.

Il dott. Tieho, oculista di Gerusalemme, è stato pugnalato da un arabo; trasportato all'ospedale, vi è spirato poco dopo. Egli godeva di grande estimazione.

A soli 48 anni, vittima di una infezione setticemica che non cedè a tutti i mezzi posti in opera per salvarlo, è morto a Bologna il 26 ottobre u. s. il dott. prof. FELICE ROSSI, libero docente di Chirurgia e chirurgo primario dell'Ospedale civile di Aquila.

Laureatosi a Bologna e formatosi poi a quella scuola chirurgica di primo ordine, seguì sempre nella sua attività professionale l'indirizzo pratico e sensato, che aveva appreso dai suoi maestri, primo fra gli altri e più direttamente dal Nigrisoli.

Nel 1913 accompagnò appunto il Nigrisoli, con un ospedale da campo della Croce Rossa Italiana, nei Balcani; e poi nella nostra guerra rimase a lungo al fronte nella Zona Carnica dirigendo l'Ospedale 52 della Croce Rossa, ove prodigò la sua attività, sereno sempre ed ardito, guadagnandosi anche una medaglia al valore.

È stato già ricordato che alla sua opera e al suo valore chirurgico dovettero la salvezza la medaglia d'oro Pizzarello, Tullio Giordana e Fausto Maria Martini, e oltre questi, innumerevoli altri ufficiali e soldati, meno conosciuti e ignoti, cui egli instancabilmente prestò i soccorsi della sua arte.

Al Montenegro potè conoscere ed apprezzare nell'assistenza dei feriti la Principessa Liubitza Petrovich, della famiglia reale del Montenegro, che divenne poi sua degna compagna.

Da vari anni si era guadagnato per concorso il posto di Chirurgo Primario dell'Ospedale di Aquila, dove si era acquistata una fama indiscussa di brillante operatore.

Il suo studio sulle ferite del torace, pel quale gli venne assegnato il premio franco-italiano (Fondazione Garibaldi) della Società dei Chirurghi di Parigi, e in cui raccolse la sua esperienza dalle ferite di guerra, e molte altre sue pubblicazioni nei vari campi della chirurgia attestano la sua preparazione e il suo valore chirurgico e resteranno a dimostrazione della sua attività e della sua ampia e solida cultura.

Era frequentatore assiduo dei Congressi di Chirurgia italiani e stranieri; sempre desideroso di aumentare le sue cognizioni e nello stesso tempo spirito critico acuto e pieno di buon senso.

Anche all'ultimo Congresso internazionale di Varsavia intervenne e prese parte ai lavori assiduamente. Nel ritorno doveva essere colpito dall'insidiosa infezione, che inesorabilmente e in breve tempo lo portò alla morte.

R. Alessandri.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. Ascoli, Red. resp.**

ANNO XXXVI Roma, 2 Dicembre 1929 Num. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto del Prof. V. Ascoli.

La reazione di Hinton nella sifilide.

Dott. R. Carusi, assistente vol.

Le reazioni di flocculazione per la diagnosi della sifilide sono numerose; tutte si basano sul fatto che il siero luetico contiene globuline facilmente flocculabili quando sia messo a contatto con sospensioni colloidali.

Le più antiche reazioni di flocculazione si servirono di sostanze inorganiche; Sachs-Georgi e Meinicke per primi introdussero le sostanze organiche in tali reazioni. Le tecniche originali suggerite da questi AA. andarono soggette a numerose modificazioni per opera degli stessi proponenti, e di altri AA., che si occuparono dell'argomento.

A solo scopo di storia, ricordiamo che molte altre reazioni di flocculazioni seguirono alle due riferite, proposte da Dold, Hecht, Michaelis, Jacobstahl, Wang, Vernes, Kahn, ecc.: tutti questi AA. per le loro reazioni si servirono di soluzioni di lipoidi in parte flocculate dall'aggiunta di acqua o di soluzione fisiologica. Tuttavia le reazioni più correntemente usate, accanto alla RW, sono la Sachs-Georgi e la Meinicke.

Recentemente Sabatucci ha richiamato l'attenzione sul valore della reazione di Kahn, la quale pare che risponda abbastanza bene nella pratica sierodiagnostica della lue.

Nel 1927 Hinton (1) proponeva una nuova reazione di flocculazione della lue, basata sul principio della precipitazione o agglutinazione di una sospensione di colesterina in soluzione ipertonica gligerinata, contenente scarse tracce

(1) HINTON. The Boston Med. and Surg. Journ., giugno 1927, pag. 593.

di estratto di muscolo di bue. Questa agglutinazione con i sieri luetici, si presenta con un liquido *chiaro come acqua*, in cui si distinguono masse di colesterina in grossi fiocchi. Tale reazione, sec. l'A., è molto più sensibile delle altre ricordate, e non dà quelle reazioni pseudo-positive che si hanno con la reazione di Kahn.

In 138 sieri luetici, la RH (reazione di Hinton) fu positiva in 113, la RW in 61.

Per la semplicità della tecnica e per i buoni risultati riferiti dall'A., abbiamo creduto interessante controllarne il valore, confrontandola con la RW, e con la Sachs-Georgi.

Tecnica: per la esecuzione della reazione necessitano i seguenti reagenti:

1) una soluzione al 5 % di NaCl, in acqua distillata;

2) una soluzione al 50 % di glicerina neutra ridistillata;

3) una soluzione al 0,7 % di colesterina (Merck) in alcool assoluto; per ottenere tale soluzione occorrono uno-due giorni di incubazione a 37° C.;

4) un estratto di muscolo di bue insolubile in etere, solubile in alcool (detto *estratto attivante*). Si estrae nel seguente modo: un pezzo di muscolo di bue, privo di grasso e del tessuto connettivo, è finemente polverizzato ed asciugato a 56° C. in un largo piatto. Ciò richiede 5 o 6 giorni. I pezzetti secchi di tessuto muscolare sono finemente polverizzati con una macchina speciale. Il tessuto polverizzato è quindi trattato 4-5 volte, in bottiglie di vetro chiuse, con etere, nella proporzione di gr. 1 di polvere con 4 cmc. di etere per ogni estrazione.

Il processo di estrazione è completo quando l'estratto ha perduto il colore. Infine tutto l'etere è fatto evaporare, ed il residuo, che consiste in una sostanza insolubile in etere, è asciugato su di un filtro di carta. Una parte di tale residuo secco è trattato con 5 parti di alcool a 95 % in bottiglia di vetro, per tre giorni alla temperatura di camera.

L'esperienza ha dimostrato che bisogna mescolare cmc. 1 di estratto con 9 cmc. della sol. al 0,7 % di colesterina alcoolica; agitare bene. Questa sol. è chiamata indicatore, invece di antigene. Questo indicatore non si altera facilmente, per cui se ne possono preparare cmc. 100 o più, da conservare in bottiglie chiuse, a temperatura ambiente;

5) indicatore glicerinato, così preparato: una parte di indicatore detto, si aggiunge a due parti di una sol. al 5 % di NaCl; si agita, e si lascia il miscuglio a riposo per un'ora e mezza. Dopo si aggiungono 12 parti di una sol. salina al 5 %, ed il tutto viene agitato fortemente; si aggiungono 15 parti di una sol. di glicerina al 50 %, ed il tutto agitato ancora.

Sono necessari per la reazione:

1) un porta-provette;

2) piccole provette da emolisi;

3) un bagno inattivante a temp. di 55° C.;

4) un incubatore o bagno Wassermann a temperatura 25-28° C.

La temperatura è molto importante ad osservarsi, potendo portare varianti nella reazione.

La reazione si esegue nel seguente modo:

1) si mette nella prima provetta cmc. 0,1 di siero inattivato; nella seconda provetta 0,2; nella terza provetta 0,3 cmc. di siero;

2) si aggiunge 0,5 cmc. di indicatore glicerinato a ciascuna provetta;

3) si scuotono fortemente le provette, inclinandole di 60 gradi, fino ad ottenere una completa mescolanza, dimostrata da distinti fiocchini;

4) si mettono i tubi in termostato a temperatura di 25-28° C. per 12-18 ore. La reazione è visibile già dopo 6 ore; ma risulta più evidente dopo 12, e preferibilmente dopo 18 ore.

Si leggono i risultati: la reazione negativa si presenta con una torbidezza uniforme di tutto il liquido; la reazione positiva invece mostra la soluzione chiara come acqua, con scarsi fiocchi in sospensione, più o meno fini, oppure 2 a 4 fiocchi larghi, pendenti dalla superficie del liquido.

La netta differenza tra le due reazioni sta nella *chiarezza* del liquido contenente particelle di varia grandezza nei casi positivi, l'uniforme intorbidamento nei casi negativi; la differenza tra le due reazioni è così netta, da non poter generare dubbio. Nè l'opalescenza occasionale del siero, nè una marcata emolisi ha influenza sull'esito di questa chiarezza. Condizione importante è la perfetta mescolanza dei liquidi nelle provettine, perchè la sospensione glicerinata resta galleggiante.

L'A. ha aggiunto la glicerina per avere una più netta precipitazione della colesterina, con una maggiore chiarezza del liquido; inoltre la glicerina protegge la colesterina dai probabili agenti che possono disturbare in modo sfavorevole questo equilibrio.

Una reazione positiva completa dev'essere presente ugualmente nei tre tubi; dovrà essere considerata positiva la reazione che dia una netta precipitazione anche in uno solo dei tre tubi; ma se si ha una debole reazione solo nel terzo tubo, la reazione va considerata come negativa.

La RH è stata da noi praticata su 213 sieri, e su 6 liquor c. s.

Riassumendo i risultati, abbiamo:

	Reaz. concordanti	Reaz. discordanti	Totale
RW	— 166; + 21	— 16; + 10	= 213
RH	— 166; + 21	+ 16; — 10	= 213

Da essi si ricava che la RW e la RH sono state identiche in 187 sieri, discordanti in 26. In questi ultimi si è avuta una maggiore positività della RH (16) in confronto di 10 sieri positivi della RW.

Notiamo qualche caso: anemia perniciosa: RW —, RH +; in 4 casi di malaria con RW +, la RH era neg. (1 c. RW +, 1 c.

S. G. +); aortite RW +, RH ±; crisi tabetiche: RW —, RH +; insufficienza mitralica ed aortica: RW deb. pos.; RH —; lues: RW —, RH +; 2 c. di moglie e marito di luetici: RW —, RH +; 2 c. di lues curata: RW —, RH +.

In altri casi in cui la RW era in contrasto con la RH, ci son mancati dati clinici per poter attribuire maggior valore all'una piuttosto che all'altra reazione.

Dal complesso si deduce che nell'87, 79 % dei sieri la RH concorda con la RW; negli altri casi, accordando i sintomi clinici al risultato delle due reazioni, ci è parso che la RH presenti una specificità più spiccata che la stessa RW. Nei 4 casi di malaria con RW positiva, la RH era negativa, il che dimostra che col siero di malarici la RH è negativa in opposto alla RW, la cui positività dev'essere considerata di natura aspecifica; nei due casi di coniuge luetico, la RW era negativa e la RH positiva.

Nel liquor c. s. si sono avuti i seguenti risultati:

RW: + 1; — 3; + 1; — 1
RH: + 1; — 3; — 1; + 1

e cioè identica reazione in 4 liquor, discordante in 2. Di questi ultimi, in quello con RW + ci è ignota la diagnosi clinica; nell'altro con RW — e RH + si trattava di un paz. luetico, con RW + + + nel siero; in questo caso la RH è stata più sensibile della stessa RW, per svelare la reazione positiva nel liquor.

Come conclusioni si può stabilire che la reazione di RH, per la sua semplicità, e per i suoi risultati concordanti con le deduzioni cliniche, può entrare nella pratica delle reazioni per la diagnosi di lues.

In casi con risultati discordi tra le due reazioni, la RH ha mostrato talora una maggiore sensibilità e specificità della stessa RW. È però da osservare che, come viene consigliato per le altre reazioni, è preferibile poter eseguire contemporaneamente tanto la RW, quanto la RH.

RIASSUNTO.

Si riferisce su di una nuova sieroreazione di flocculazione per la sifilide, paragonandola con la R. W. e la S. G. Tale reazione è concordante con la R. W. nell'87.79 %; nei casi discordanti dimostra una sensibilità e specificità maggiore che la stessa R. W.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI BOLOGNA
diretto dal col. medico CACCIA prof. FILIPPO.

Su di un caso di tumore misto della parotide (Mixo-condro-epitelioma)

per il capitano medico MIGNANI dott. VITTORIO
assistente nella Sezione Chirurgica
del reparto ufficiali.

La maggior parte dei tumori delle ghiandole salivari appartengono alla parotide, 74,1 per cento dei casi, secondo il Bohn: detti tumori al pari di quelli che si sviluppano nelle altre ghiandole, possono essere benigni o maligni, solidi o liquidi, semplici o di struttura complessa, cioè composti di due o più tessuti di natura diversa.

Questi ultimi tumori rappresentano per la regione parotidea direi quasi una sede di elezione ed appartengono al gruppo dei così detti tumori misti: secondo il Kaufmann, essi formano un gruppo di tumori nettamente limitati dalle parti vicine, a carattere benigno, che debbono considerarsi caratteristici della parotide.

Merita perciò di essere descritto il caso di una neoplasia consimile, da noi osservato nel reparto marescialli di questo Ospedale.

Pi. Italo, di anno 40, del Distretto Militare di Macerata, ex-maresciallo maggiore, impiegato quale applicato presso suddetto Distretto.

Nulla di notevole nel gentilizio. Non ebbe a soffrire di alcuna malattia degna di nota. Nega infezioni veneree, è modico fumatore, modesto bevitore e mangiatore.

Il paziente ci dice di essersi accorto fin dal 1925, cioè circa sei anni prima dell'atto operativo, di una piccola tumefazione alla regione parotidea sinistra, cui non attribuì importanza alcuna: la tumefazione però andò sempre lentamente aumentando, spostandosi nel suo volume verso il margine posteriore della branca montante-mandibolare e verso l'orecchio, fino a raggiungere la grandezza attuale di un uovo di gallina.

Il paziente ha sopportato, come si è sopra detto, in principio senza grave molestia detta tumefazione e non gli ha mai dato peso eccessivo; solo quando cominciò a molestarlo durante la masticazione, si decise di farsi vedere da un medico, che gli consigliò l'operazione, ragione per cui entrò in questo Ospedale il 17-5-927.

Al momento del ricovero all'esame obbiettivo dell'infermo si rileva: costituzione fisica robusta, in ottimo stato di nutrizione generale: nulla a carico del cuore e dei polmoni; nulla degno di rilievo nell'interno della bocca, sia a carico del

sistema dentario, che delle parti molli; nulla alla faringe, negativo l'esame dell'addome; al collo non si palpano gangli infiltrati, la ghiandola sottomascellare di sinistra appare normale, poichè non è dolente nè ingrandita.

All'ispezione della regione parotidea di sinistra, l'attenzione è invece subito attirata da una massa di forma ovalare, occupante l'intera regione, che si estende posteriormente verso l'orecchio, di cui ne solleva alquanto il lobulo: in alto arriva al limite inferiore della regione temporale e discende in basso fino al margine inferiore della branca orizzontale della mandibola; in avanti deborda un po' dal margine anteriore del massetere; è rivestita da pelle di colorito normale e sano, che è scorrevole sulla tumefazione e si solleva in pieghe.

Detta massa alla palpazione appare di una consistenza dura, non uniforme, lobulata, indolente, impiantata con larga base, poco spostabile sui tessuti sottostanti.

La sua posizione che corrisponde esattamente alla loggia parotidea, permette di fare la diagnosi di tumore della parotide.

Ma quale la sua natura?

La parotide è la sede preferita di tumori di una struttura molto complessa, che si chiamano, come abbiamo sopra detto, tumori misti. Hanno un comportamento clinico molto caratteristico: colpiscono di preferenza i giovani, lo sviluppo del tumore è ordinariamente lento, continuo e progressivo; crescono generalmente in forma tondeggiante ed allungata, secondo la branca ascendente della mandibola, potendo raggiungere un notevole volume fino a determinare disturbi da compressione degli organi vicini ed anche impedimento alla mobilità del capo; hanno consistenza un po' disomogenea in rapporto alle diverse qualità dei tessuti di cui il tumore si compone, sono ben delimitati, generalmente mobili sui tessuti sottostanti; non infiltrano mai i tessuti vicini, nè danno metastasi nelle ghiandole regionali nè negli altri organi del corpo.

Essi presentano inoltre una composizione istologica generalmente complicata: la loro superficie di sezione di rado è uniforme, più spesso è suddivisa in lobi da robusti setti connettivali provenienti dalla loro capsula; si mostrano di vario aspetto, intercalati da aree cartilaginee lucenti; frequentissima è la presenza di sfericistici anche numerosi, non raramente si osservano calcificazioni di sostanza interstiziale.

Secondo il Kaufman esiste in essi un tessuto fondamentale interstiziale costituito da tessuto mixomatoso o cartilagineo, di cui spesso si notano stati di passaggio dall'uno nell'altro, come pure in piccola parte da tessuto connettivo, ialino o fibroso contenenti vasi; questo tessuto può contenere qua e là anche del tessuto grassoso, del tessuto linfoide, oppure tessuto osseo. Nel mezzo di questo tessuto fondamentale si trovano, nei singoli casi, delle formazioni assai variabili come volume ed aspetto, disposte molte volte a forma di plesso o reticolo, oppure a striscie e cordoni ramificati od a tubi, simili a glandole limitate da epitelio cubico o cilindrico, talvolta dilatati sino a costituire delle cisti a contenuto ialino formato in cilindri, donde l'antico nome di cilindromi. In altri punti questa disposizione ordinata non esiste e le formazioni suddette appariscono in complesso maggiori, disordinate (come nei sarcomi) e sono costituite da cellule strette, allungate e fusiformi. Spesse volte queste cellule si perdono in una massa fibroso-mucosa, possono pure passare in cartilagine, senza un limite netto. Nell'insieme è molto caratteristica la mancanza di limitazione netta delle masse ricche di cellule e l'invasione dell'uno nell'altro di tessuti di apparenza così diversa.

Si vedono anche punti di passaggio del tessuto delle ghiandole salivari nelle masse di cellule del tumore. Qualche volta si notano anche cellule stratificate alla maniera di perle d'epitelio. Non esiste unità di veduta, circa la natura di queste formazioni cellulari, discutendosi se siano endoteliali (provenienti dagli spazi linfatici o nutritizi) oppure se epiteliali. Ma ritornando al caso in esame la diagnosi clinica dell'affezione si presentava dunque delle più semplici; il decorso del tumore piuttosto lento, ma progressivo, senza sintomi subbiettivi ed obbiettivi apprezzabili, la mancanza di dolore e di gangli ingorgati, la sua consistenza piuttosto dura, lobulata, a nodi, portavano ad escludere senza esitazione ogni tumefazione infiammatoria acuta, subacuta o cronica, come pure tutti i tumori liquidi. Era pur facile distinguerlo dal tumore maligno, per la sua evoluzione lunga, per l'età del paziente, per la mancanza di modificazioni dei tessuti circostanti (scheletro, pelle, mucose), per l'assenza di dolori e la consistenza dura e non uniforme della massa, per cui clinicamente il tumore doveva farsi rientrare nel gruppo dei tumori solidi a carattere benigno e precisamente fra i tumori misti. Si escludevano pure gli osteomi periferici frequenti nell'osso mascellare, oltre che per la forma, anche per la durezza eburnea di dette neoplasie. Nè era da prendere in considerazione il condroma periferico, essendo questo tumore a superficie mammellonata, irregolare, con larga base, e

generalmente con sede alveolare e di consistenza omogenea ed uguale alla cartilagine. Era pure da escludere l'adenoma, il lipoma, per la loro superficie irregolare, e perchè molli alla palpazione; rimaneva dunque in ultima analisi da prendere in considerazione il tumore misto, perchè non solo poteva avere una sede consimile, ma anche per la sua evoluzione piuttosto lenta e per la sua forma a superficie non regolare e per la sua consistenza dura e non uniforme.

Il giudizio clinico appariva dunque facile e sicuro, ma il referto operatorio e successivo esame istologico, dovevano rilevarlo interamente e meglio confermarlo.

La cura non poteva essere che chirurgica.

L'operazione (operatore colonnello Caccia professor Filippo, assistente il capitano medico Mignani dott. Vittorio) è stata compiuta il 19-5-1927, in anestesia morfio-eterea, ed è consistita nella estirpazione del tumore, facendo un'incisione della pelle lungo il bordo inferiore della mandibola: il tumore enucleato era di tessuto in parte grassoso ed in parte di una sostanza dura quasi condroide; non era fortemente aderente ai tessuti sottostanti, dai quali si isolava bene ed era a carico quasi tutto del lobo faringeo della parotide, che ne era rimasto come incapsulato.

La emorragia piuttosto abbondante, fu dominata con punti di catgut, furono inoltre dati tre punti in seta profondi e superficialmente maglie metalliche.

Il decorso post-operativo fu regolare ed il paziente lasciò l'Ospedale clinicamente guarito l'11 giugno 1927.

Dall'esame istologico compiuto dal Ten. Colonnello Bruni prof. Nicola, risultò trattarsi di un tumore misto con formazioni cellulari epiteliali.

A più di due anni di distanza il paziente non si è fatto più rivedere, il che fa presumere che non vi siano stati segni di recidiva e che le condizioni di salute dell'operato siano ottime.

La mancanza di sintomi speciali nel caso da noi descritto, la facile diagnosi, la eziologia oscura, non avendo potuto rintracciare alcun dato sicuro negli antecedenti del malato, ci dispensa da particolari considerazioni.

Scopo quindi di questa breve nota è stato di portare un contributo alla casistica dei tumori benigni, così detti misti, della parotide.

RIASSUNTO.

Illustrazione del caso clinico in oggetto riferendosi in un primo tempo alla sintomatologia e passando quindi ad alcune considerazioni di ordine generale circa l'etiopatogenesi dei tumori misti e circa la indicazione dell'intervento e del trattamento chirurgico eseguito.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulle ipertensioni costituzionali del Liquor

per il dott. F. C. DA VILLA.

Con questa mia nota preventiva intendo anzitutto richiamare l'attenzione degli studiosi su un argomento tutt'altro che chiaro nella sua patogenesi e assai lungi dalla mente del diagnosta. Tanto è vero che esso si confonde da una parte con la semplice sintomatologia del quadro morboso che i clinici definiscono cefalea essenziale o cefalalgia o mal di capo, dall'altra con la così detta meningite sierosa. E ciò appunto perchè troppo spesso ci si accontenta di una formulazione diagnostica e terapeutica che acquieti il paziente e dia a noi il senso di aver fatto qualche cosa. La verità è questa: non vi sono elementi ben definiti, non vi è un insieme nosologico che si imponga con sicurezza nella nostra direttiva; bisogna andare per via di esclusione alla sorgente etiologica e avvalorarla con i dati della pressione del Liquor.

Basta consultare un qualsiasi trattato di medicina per convincersi come la cefalalgia sia uno dei sintomi più comuni della semeiologia medica: i tessuti esterni al cranio, la bozza cranica e le sue cavità, le meningi, i vasi cerebrali, la sostanza stessa la possono provocare, come pure alcune lesioni viscerali toraco-addominali che secondo gli studi di Head verrebbero a colpire certe zone cefaliche attraverso connessioni di archi riflessi, gli stati infettivi discrasici, nevropatici e nevrotici.

Una disquisizione differenziale su ogni singolo quadro è inutile perchè esso è alla portata di tutti. Dirò solamente che quando il malato ci riferisce che ha esperimentato l'abilità di molti medici, l'efficacia di molti farmaci per la cefalea che lo tormenta da anni senza ottenere alcun risultato se non quello di confondere il medico colla medicina si ha il dovere di fare un passo avanti e di chiederci se il quadro morboso rientra proprio in quello della cefalea più o meno essenziale.

Già Claude, Lamache e Dubar avevano trattato nel 1927 sulla ipertensione relativa del liquido cefalo-rachidiano e più tardi i due primi AA. ritornando alla loro tesi affermavano che la meningite sierosa teneva un posto importante fra le sindromi dell'ipertensione intracranica. Essi descrissero sei osservazioni in esteso: dei 16 casi studiati la ipertensione rappresentava in cinque la conseguenza di postumi di malattie infettive, in tre di intossica-

zioni, in due di traumi, in cinque di scompenso cardiaco e di periodo mestruale. In generale si trattava di soggetti che a seguito di una affezione benigna qualunque, di un traumatismo cranico, di una intossicazione, di uso prolungato di teobromina, di accidente serico si lagnavano di cefalea, di vertigini, di astenia. L'esame citologico e chimico del Liq. in tali casi fu pressochè costantemente negativo. La sintomatologia di queste ipertensioni rachidee è schematicamente ridotta a tre: cefalea a sede variabile, persistente resistente ai farmaci abituali, a recrudescenza, a forma di parossismi sotto i movimenti bruschi del capo sotto ogni sforzo intellettuale o nel periodo digestivo: turbe auricolari e labirintiche consistenti in ronzii, fischi, vombrissements senza lesioni del labirinto. Nel 60 % insonnia tenace.

Non mai turbe subiettive della vista, anzi l'esame oftalmoscopico non ha mai rivelato alterazioni del fondo dell'occhio. Solamente la tensione arteriosa retinica era al di sopra della norma e aveva perduto i suoi rapporti normali con la tensione arteriosa generale, e ciò per gli AA. sarebbe il segno obbiettivo più sicuro dell'ipertensione larvata del L. c. sp.

L'ipertensione relativa si riscontrerebbe sotto due forme: l'una durevole; l'altra passeggera, parossistica. Il meccanismo di queste ipertensioni relative sarebbe assai complesso, secondo loro si dovrebbe riferire in gran parte a quello delle meningiti sierose larvate. In realtà volendo discutere su questo binomio: meningiti sierose larvate-ipertensione relativa del Liq., rimaniamo alquanto perplessi poichè non comprendiamo come gli AA. vogliano staccare il quadro di una meningite sierosa per quanto attenuata e frusta la cui tensione del Liq. sorpassa appena le cifre normali per chiamarla ipertensione relativa del Liq. Secondariamente poi, poichè tale sintomatologia si presenta in soggetti che hanno avuto qualche affezione benigna, tanto che questa si dimostra come una concausa o realmente come un rapporto diretto di causa ad effetto, noi siamo propensi a credere che tali quadri debbano aggiungersi quale appendice a quello della classica forma di Quincke che sulla genesi del processo pensava alla sua origine angionevrotica.

Quincke appunto, come dice Flatau, tende a stabilire un parallelo fra questa affezione e quella della penetrazione acuta del liquido nelle articolazioni, gli edemi acuti della pelle, delle sierose e tutta una serie di sindromi che consistono in una alterata funzionalità dei nervi vasomotori e sono annoverate fra le nevrosi vasomotorie. Per Quincke esisterebbe uno stato transitorio fra la essudazione fisiologica e infiammatoria. Ma Flatau giustamente osserva che col termine di meningite sierosa introdotto dal Quincke si originò una classificazione imperfetta poichè non si tratta di una meningite propriamente detta e le meningi non hanno un gioco importante, all'autopsia non si trovano generalmente delle nette lesioni nelle membrane nè nei plessi coroidei (Quincke) e il Liq. non presenta caratteri infiammatori.

Il concetto clinico di meningite sierosa non mi sembra perciò il vero nelle forme degli AA. francesi, ancor meno in quelle che fra poco descriverò a sostegno del quadro delle ipertensioni del Liq. da causa ben definita. Nei nostri casi si tratta invece di una cefalalgia abituale che per quanto si voglia supporre con lo Strumpell imputabile con probabilità a oscillazioni nella secrezione del Liq. con relativi aumenti della pressione endoventricolare per cause vasomotorie, nei miei soggetti non vi sono oscillazioni, anzi vi è una costante dolorifica inalterabile. Per ciò che riguarda il valore della pressione del Liq. in questi casi necessita ricordare anzitutto che a seconda degli strumenti essa varia: ad ogni modo Claude, Lamache e Dubar analizzando la gamma della pressione del Liq. normale stabiliscono che oltre 30 cmc. di acqua esso può ritenersi nettamente patologico. Il Dejerine afferma che un criterio esatto è questo: in una rachicentesi si deve vedere sortire il Liq. dall'ago sotto forma di gocce assai serrate — 60 per minuto secondo — « mais jamais le liquide ne s'écoule en jet ». In clinica egli asserisce che si può a rigore accontentarsi di osservare la forza con la quale scola il liquido.

Non è il caso che io tragga in rassegna tutte le sindromi da ipertensione cranica poichè il nostro campo è già limitato da questi due sintomi: cefalea insistente e ipertensione spiccata del Liq. alla rachicentesi, eliminandosi di per sè le sindromi come le meningiti, i tumori cerebrali, le idrocefalie, ecc.

OSSERVAZIONE I (25-1-1927). — G. G., contadina, di anni 19, da Plasencis. Nulla di notevole nel gentilizio, nell'anamnesi personale anemia nella infanzia. All'inizio della fanciullezza cefalea di modico grado che da tre anni è divenuta insistente localizzata alle regioni fronto-parietali e divulgantesi sopra il vertice del capo: quando si risveglia al mattino il dolore ha la sua acuzie, si intensifica pure durante il periodo mestruale: il dolore è prevalentemente a carattere gravativo. Dice di non veder molto, di avere poco appetito, di essere svogliata, fiacca in causa della cefalea. Le furono somministrati numerosissimi preparati farmaceutici senza risultato.

Esame obbiettivo: tipo neuroartritico, torpido; pallore della cute e delle mucose visibili; adiposi alquanto generalizzata. Nulla a carico dei singoli organi ed apparati. Dermografismo rosso evidente. Nulla a carico del sistema nervoso. Dolorabilità alla percussione delle regioni fronto-parietali specie in corrispondenza dei seni frontali.

Dopo un breve tempo di cura di estratti ovarici e tiroidei, di antiartritici la mando da un oculista, il quale riferisce che la paziente non presenta forme oculari che possano guidare con sicurezza a una diagnosi: *visus* perfettamente normale; all'oftalmoscopio pallore madreperlaceo delle sole metà esterne delle papille. Sospettando trattarsi di un caso di ipertensione costituzionale del liquido assoggetto la paz. alla rachicentesi.

Rachicentesi ad aria: la pressione è tale da uscire dalla stessa asticciuola di vetro calibrato dunque oltre i 50 cmc. E' un getto fortissimo ininterrotto: estraggo solo 15 cmc. Il liquido è limpidissimo, non presenta albumina nè alle reazioni chimiche si rivelano tracce di elementi patologici. La paz. era seduta. Le furono fatte dieci rachicentesi a intervalli di tempo da una settimana a ventitre giorni. In ogni seduta i caratteri del liq. erano gli stessi, cioè negativi: positivi solamente per quanto riguardava la pressione che all'ultima seduta era talmente diminuita da lasciar colare il liquido a goccia a goccia. Dall'inizio della rachicentesi la malata notò subito un progressivo miglioramento: scomparsa della cefalea, benessere generale, fatti che rimangono tutt'ora. Non si ebbe nessun accidente per le punture lombari.

OSSERVAZIONE II (6-3-29). — C. M., contadina, di anni 39, da Tomba. Coniugata con uomo sano da cui ebbe figli viventi e sani. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi personale. Soggetto ipertiroideo. Si lagna di cefalea persistente, con recrudescenze, resistente agli analgesici e alle varie cure generali: il dolore è come nel primo soggetto a carattere gravativo localizzato alle regioni frontoparietali. Aumenta durante il periodo mestruale, negli sforzi di ogni genere: talvolta la cefalea è tale da toglierle l'appetito. L'inizio di questa cefalalgia risale ad epoche assai lontane tanto che la paz. non si ricorda.

Esame obbiettivo: soggetto di colorito roseo facilmente eccitabile. Negativo l'esame dei vari organi e singoli apparati. Negativo il sistema nervoso.

Viene sottoposta alla rachicentesi. Pressione del liq. colla solita rachicentesi ad aria 32 cmc. Liq. limpido, la cui pressione dopo aver sottratto 20 cmc. esce a goccia a goccia. Anche in questo caso nessun elemento patologico fu rintracciato. La paziente si sentì subito bene, il dolore al capo scomparve tanto che non fu più necessario ripetere la puntura lombare.

OSSERVAZIONE III (3-5-1929). — U. A., di anni 33, contadina, di S. Marco, coniugata con uomo sano da cui ebbe una figlia viva e sana. Nessun aborto. Mestruata regolarmente. Soffre ogni tanto di leucorrea. Come nei casi precedenti la paz. si lamenta di cefalea con gli stessi caratteri e la stessa localizzazione. La cefalea data da epoca imprecisabile, certo sin dalla pubertà. Appetito sempre conservato. Lavora a forza di volontà perchè la cefalalgia le smorza ogni iniziativa.

Esame obbiettivo: tipo vagotonico con dermografismo rosso evidente; pannicolo adiposo ben distribuito; lieve stato di oligoemia alla pelle e alle mucose. Nulla a carico dei vari organi e apparati. Nulla a carico del sistema nervoso. Esiste solamente una pseudo-erosione alla cervice uterina di poca entità. Viene sottoposta alla rachicentesi poichè nessun giovamento hanno a lei recato le cure analgesiche e i mutamenti del clima.

Col rachicentesio ad aria in posizione seduta si segnano valori di 43 cm. Il liq. esce poi a forte gettito; ne estraggo 15 cmc. ma la pressione rimane di poco mutata. Il Liq. è anche qui limpidissimo e non presenta agli esami di gabinetto nessun elemento patologico. Furono fatte in tutto quattro rachicentesi, le prime tre, a distanza di una settimana, l'ultima a distanza di 20 giorni.

Solamente dalla seconda puntura lombare la Paz. ha notato un lieve miglioramento dopo un breve periodo di due giorni di riacutizzazione della cefalalgia.

Nessun accidente durante gli interventi. Presentemente si sente bene, dice di provare un senso di leggerezza alla testa e di essere anche aumentata di peso.

OSSERVAZIONE IV (28-4-1929). — C. V., contadino, di Villalta, di anni 26. Fratello affetto di pleurite essudativa. Il paz. fu operato nel luglio dello scorso anno alla regione del palato duro, ma non si sa perchè. Ogni altra anamnesi negativa. Si lagna di cefalea insistente, continua esacerbantesi con gli sforzi localizzata alle regioni frontoparietali ed essa inizia nella fanciullezza. In questi ultimi tempi il dolore andò aumentando a carattere gravativo trafittivo con le stesse caratteristiche dei casi suddescritti, solamente pare che qualche volta si accompagni a qualche scotoma scintillante, ma non vi esistono i caratteri propri delle forme emicraniche.

Esame obbiettivo: soggetto ipertiroideo; colorito della pelle e delle mucose visibili roseo; cicatrice al palato duro continuantesi sulla parte posteriore del labbro superiore. Negativo l'esame dei singoli organi e apparati: negativo il sistema nervoso. Viene soggetto alla rachicentesi poichè nessun vantaggio ha tratto dai vari farmaci.

Rachicentesio ad aria in posizione seduta: la pressione è anche qui come nel primo caso di oltre 50 cm.: esce con violenza e tale si continua dopo la sottrazione di cmc. 15. Nulla di patologico nel liq. limpidissimo. Ha un lieve miglioramento. Dopo una settimana lo sottopongo a una seconda puntura lombare e il liq. segna una pressione alquanto diminuita ma sempre a gettito continuo.

Il paz. si sente un po' meglio con la cefalea. Per ragioni indipendenti dalla sua volontà la cura viene sospesa momentaneamente.

Riassumendo sono quattro casi che hanno in comune un sintoma: la cefalea insistente, nonostante il riposo, gli analgesici, le cure generali, persiste e ha la sua sede prevalente alle regioni frontoparietali. La rachicentesi ha segnato dei valori indiscutibili di iperpressione del Liq., la quale andò diminuendo colle successive punture lombari sino a ritornare alla

norma o quasi scomparendo la cefalea o come nel IV caso attenuandosi.

Non si può realmente disconoscere questo fatto, che fra la meningite sierosa di Quincke e la nostra sindrome c'è una chiara differenza; di meningeo non si è trovato mai nulla, non un sintoma a carico del sistema nervoso all'infuori del caso I in cui esisteva un pallore madreperlaceo della metà esterna delle due papille. Inoltre i miei casi differiscono da quelli di Claude, Lamache, Dubar perchè in questi si trova che la prima oss. concerne un malato di grippe in periodo di convalescenza, la seconda un intossicato da alcool e la cefalea appare dopo la scomparsa dell'accesso subacuto, la terza riguarda il caso di un traumatizzato al capo, la quarta una donna che va soggetta alla cefalea nel periodo mestruale; la quinta si riferisce a un emiplegico, la sesta a un alcoolizzato. Così pure, come riferii negli altri sedici casi, vi sono in campo momenti etiologici indubbi. E non si fa accenno in essi della persistenza della cefalea da anni magari sin dalla puerizia o in epoca che sfugge dalla mente del paziente. Quindi mi sembra opportuno che i quadri da me descritti vengano staccati da quello che va sotto il nome di cefalea essenziale o cefalalgia come pure da quelli che gli AA. francesi su nominati chiamano ipertensione relativa del Liq. cer. sp. su cui graverebbe un'alta percentuale di forme di Quincke leggere e fruste per ascriverli alle ipertensioni costituzionali del Liq.

Non è giusto che passino per cefalee essenziali perchè l'unica etiologia manifesta, in nessun rapporto o dipendenza da precedenti malattie è l'ipersecrezione dell'apparecchio coroideo-epiteliale; non per meningiti sierose perchè, come dicemmo, non si trovano fatti a carico delle membrane del cervello nè dal lato clinico nè dal lato anatomo-patologico (Flatau), non col nome di ipertensione relativa del Liq. poichè, ripeto, non vi si notano concomitanti o precedenti morbosi nel più vario senso del termine, tanto più che la ipertensione non ha nulla di relativo ma rappresenta in sè e per sè tutta la particolarità dei casi clinici da me studiati.

Il conoscere poi con esattezza il perchè di queste ipertensioni costituzionali del Liq. è assai difficile sinora: tra il linguaggio del Quincke e quello del Pende c'è una buona differenza per spiegare forse queste sindromi. Questo A. parla delle variazioni secretorie del Liq. dovute a disturbi di innervazione dei plessi coroidei con che si spiegherebbero oggi molte sindromi dolorose ed ipertensive riferite al capo (cefalee, emicranie, ecc.) e che cedono con la sottrazione del Liq.

Tale ipotesi che può col tempo essere avvalorata è la più prossima al vero; certo esse hanno una base costituzionale che non si può disconoscere e rientra nel capitolo delle normalità individuali oscillanti.

Sarebbe allargare troppo le deduzioni dei miei quattro casi per asserire che sono prevalentemente i vagotonici e ipertiroidei i più soggetti a tale ipersecrezione del Liq.: una maggiore statistica potrà avvalorare il fatto.

Ci troviamo invece d'accordo sul trattamento di queste ipertensioni costituzionali, cioè quello delle rachicentesi ripetute a periodi vari fino a che il Liq. esce con pressioni quasi normali e ciò ce lo conferma lo stato del paz. in cui scompare la cefalea e torna il pieno benessere e tale decompressione fatta con cautela non abbisogna di cure sussidiarie (iodici, bromuri, mercuriali, ecc.) appunto perchè la massa encefalica spostandosi a poco a poco acquista la sua statica fisiologica normale. Se è vero che Mingazzini ha preconizzato il trattamento delle cefalee essenziali con la puntura lombare, che lo Strumpell e altri AA. consigliano in casi ostinati e ribelli di cefalea di tentare la rachicentesi, non è men vero che essi con ciò abbiano messo in evidenza questa causale unica, necessaria e sufficiente dell'ipersecrezione con ipertensione.

Concludendo c'è da domandarsi se tornerà a far capolino la cefalea per una nuova ripresa della ipersecrezione del Liq. Finora con certezza non si può affermare nè negare. Può darsi che un gran fattore allo stimolo ipersecretivo sia il periodo della piccola pubertà e della pubertà propriamente detta in cui si hanno i maggiori momenti di labilità del ritmo di crescenza e di morbilità, passati i quali, rientrando a poco a poco nel periodo stabile o di assestamento della vita (Pende), si riesce a correggere le deficienze delle fasi precedenti. Perciò il meccanismo della decompressione riuscirebbe a sottrarre una volta per sempre l'effetto di anomalie secretive agendo come correttivo di uno stato precedentemente morboso.

In seguito con altro mio lavoro tornerò sull'argomento con maggior contributo di casistica e con più accurato studio analitico.

RIASSUNTO.

1) L'A. presenta 4 casi affetti da cefalea essenziale mentre si trovavano alla rachicentesi pressioni altissime.

2) Esclude trattarsi di meningiti sierose di altre sindromi ipertensive, nega il concetto clinico degli AA. francesi sulle ipertensioni relative del Liq., sostiene trattarsi di ipersecre-

zione costituzionale probabilmente in rapporto ai periodi della pubertà.

3) Ritiene giovevole la rachicentesi ripetuta.

Meretto di Tomba, 15 giugno 1929-VII.

BIBLIOGRAFIA.

DEJERINE. *Sémiologie des affections du système nerveux*, 1926.

BONOLA. *La rachicentesi e il liquido cefalo-rachidiano*. Cappelli, Bologna.

STRÜMPELL. *Patologia speciale medica e terapia.*

PENDE. *Trattato sintetico di patologia e clinica medica*, vol. 2, pag. 503.

CURSCHMANN. *Neurosi*. Trattato di Mohr e Staehlin.

H. CLAUDE e A. LAMACHE. Paris Médical, an. 18, n. 40, 6 ott. 1928.

E. FLATAU. Rev. neur., tom. I, n. 5, mag. 1928.

M. FIAMBERTI. *Note e Riviste di Psichiatria*, t. XV, n. 927.

G. CLAUDE, A. LAMACHE e J. DUBAR. Paris Médical, an. 17, n. 47, 15 ottobre 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

GLANDOLE ENDOCRINE.

Gli effetti generali dei tumori delle glandole endocrine.

(F. PARKES WEBER. *British Medical Journal*, 21 settembre 1929).

Le cellule di un neoplasma rassomigliano morfologicamente e metabolicamente più o meno alle cellule da cui originano. Un sarcoma derivato da un muscolo presenta cellule con striature, così come una metastasi extraepatica di un carcinoma primitivo del fegato attesta la sua provenienza con la secrezione di bile. L'illustrazione e la conferma di questo fenomeno, certo non sempre chiaro, è data dal comportamento dei tumori primitivi delle glandule endocrine. Al riguardo è a notare una distinzione importante tra tumori endocrini (cioè a dire tumori primari delle cellule a secrezione interna) e tumori primitivi delle cellule a secrezione esterna, in quanto i prodotti della secrezione dei primi è assorbita e distribuita dalla circolazione generale.

Quantunque gli effetti ormonici di un tumore endocrino possono essere qualitativamente non identici a quelli prodotti dalle glandule normali, tuttavia in generale tali effetti sono abbastanza caratteristici e possono anzi servire a precisare la funzione delle singole glandule, specie prima che il tumore non sia stato troppo alterato dalla degenerazione maligna.

È ovvio, d'altra parte, che l'attività ormonica di certi tumori maligni si rende manifesta solo in individui giovani, quando cioè l'organismo è ancora suscettibile di ulteriore sviluppo.

Deve infine tenersi presente che l'affezione di una glandula endocrina ha sempre ripercussioni sulle altre, per modo che non deve sorprendere se in casi di tumori endocrini il quadro clinico è oscurato da sintomi pluriglandulari.

Così la macrosomia (sviluppo precoce del corpo) o macrogenitosomia (sindrome d abnorme ingrossamento del corpo e dei genitali) può essere provocata da tumori endocrini della corteccia surrenale, del lobo anteriore dell'ipofisi, eventualmente della glandula pineale, delle cellule interstiziali dei testicoli e rispettivamente delle ovaia.

I tumori delle cellule endocrine della corteccia surrenale dànno sintomi caratteristici variabili a secondo il sesso e l'età del soggetto: virilismo femminile o, quando il tumore si produce nel periodo fetale, pseudoermafroditismo, obesità precoce, ipertricosi (irsutismo), strie cutanee, alterazione della vascolarizzazione e della pigmentazione della pelle. Nelle donne adulte i disturbi si limitano all'amenorrea o alla mestruazione irregolare, all'adiposità e alla pigmentazione cutanea. Nei ragazzi si può avere il « virilismo maschile » con obesità precoce o eccessivo sviluppo muscolare.

I tumori delle cellule cromaffiniche della midolla surrenale sono rari e caratterizzati da attacchi parossistici di ipertensione o da sintomi che fanno pensare al rene grinzo con diabete mellito: in effetti l'ipertensione è dovuta alla secrezione di adrenalina da parte delle cellule neoplastiche.

I tumori endocrini della glandula pituitaria quando sono a cellule eosinofili del lobo anteriore, dànno tendenza all'acromegalia, mentre quando sono a cellule basofili sembra influiscano sullo sviluppo sessuale.

Il tumore endocrino (insulare primitivo) del pancreas è clinicamente caratterizzato da attacchi spontanei di ipoglicemia. È ovvio ch le cellule neoplastiche producono e versano nel sangue insulina con effetti ipoglicemici.

Per quel che riguarda i tumori endocrini della tiroide merita di essere ricordata la classica osservazione di Eiselberg (1894). Si trattava di una donna di 38 anni alla quale Billroth escisse la tiroide ingrossata. L'operazione fu seguìta da mixedema. Ma in capo a qualch tempo comparve sulla parte superiore dell sterno un tumore il cui ingrossamento fu accompagnato dalla progressiva scomparsa del mixedema. Il tumore, data la sua grossezza, fu asportato da Eiselberg. Esso conteneva materiale colloide come una tiroide. La donna guarì dell'operazione, ma ricomparvero i sintomi mixedematosi persistenti, come quelli verificatisi dopo la prima operazione.

I tumori endocrini del testicolo e dell'ovaio determinano uno sviluppo precoce di tutto l'organismo. Il caso più interessante al riguardo è stato pubblicato da Sacchi di Ge-

nova (1895). Si trattava di un individuo che all'età di nove anni e mezzo presentava lo sviluppo fisico di un adulto. Era muscoloso, con barba e peli abbondantemente diffusi su tutto il corpo. Anche mentalmente egli non era un ragazzo. Aveva organi genitali molto sviluppati ed in piena efficienza. Tale precocità era provocata da un grosso tumore del testicolo sinistro a cellule pseudocarcinomatose, la cui asportazione arrestò lo sviluppo e rese anche mentalmente più infantile il soggetto.

DR.

Tecnica della surrenalectomia sinistra.

(E. STULZ e P. STRICKER. *Surg., Gyn. and Obst.*, aprile 1929).

Gli AA. riportano la tecnica usata da Leriche nella surrenalectomia sinistra in 13 pazienti, a cui fu eseguita per curare varie sindromi morbose a carico delle arterie (malattia di Bürger, di Reynaud, cianosi permanente). Che l'operazione a S. riesca più agevole in confronto del lato D. risulta dal fatto che a D. la surrenale è sotto il fegato e quasi aderente alla vena cava. Delle vie di accesso: quella transperitoneale usata da Brüning e von Oppel presenta i rischi delle laparatomie senza alcuna necessità, quella lombare per il rene non dà spazio sufficente, quella dorsale rischia di ledere la pleura.

La via usata da Leriche è quella latero extraperitoneale. Il p. è messo sul fianco come per una nefrectomia S. con la coscia D. flessa. L'incisione di 12-15 cm. orizzontale comincia 1-2 dita trasverse all'esterno del margine laterale del retto, decorre sul margine sup. della XII costa e finisce al margine esterno dei muscoli erector spinae.

Incise le parti molli, si reseca la XII costa per 5-6 cm., si apre il grasso preperitoneale con un'incisione della fascia di Zuckerkandl, si sposta in basso e in fuori il rene e si ricerca la surrenale nel grasso in cui è posta. Bisogna stare attenti a non mettere Kocher e Pean nel tessuto friabile della ghiandola. Si legano i vasi proprii e si estirpa la ghiandola facendo attenzione a lasciare circa 1/4 del volume della ghiandola per il caso che la surrenale dell'altro lato mancasse.

Difficoltà nell'intervento si trovano negli individui grassi, nei casi in cui la surrenale invece di trovarsi in prossimità del rene si trova contro la cupola diaframmatica o verso l'ilo renale. Il peduncolo alle volte si ramifica in modo che il legare tutti i rami è difficile e noioso.

In un caso gli AA. osservarono ipotermia per 12 giorni, in un altro poliuria intensa, un malato morì per trombosi postoperativa consecutiva a ateromasia dell'aorta.

V. GHIRON.

La tiroidectomia nel gozzo esoftalmico.

(VAN DEN WILDENBERG. *Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. Belgique*, t. VIII, n. 7, 1928).

La patogenesi del gozzo esoftalmico è ben lungi dall'essere chiarita: questa nostra ignoranza si rispecchia sulla terapia che è ancora incerta. Secondo l'A. il migliore mezzo di cura sarebbe la tiroidectomia che oggidì fornisce una mortalità assai bassa. Naturalmente non si deve trascurare il riposo assoluto fisico e psichico. Ma le due grandi armi curative consistono essenzialmente nelle radiazioni (roentgen e curieterapia) e nella chirurgia.

Circa la tecnica moderna della tiroidectomia oggidì si è abbandonato l'antico metodo dell'intervento frazionato ad intervalli e si esegue la tiroidectomia subtotale dopo la quale deve residuare un nastro spesso di tessuto tiroideo su tutta l'altezza della glandola, lungo tutta la parete laterale della trachea e del bordo posteriore della glandola stessa. Su 33 operazioni l'A. non avrebbe avuto un solo caso mortale. È utile lo studio del metabolismo basale per le indicazioni dell'intervento e per il controllo del successo.

L. TONELLI.

SISTEMA NERVOSO.

Le emiplegie e le afasie transitorie delle puerpere.

(A. FRUHINSHOLZ e L. CORNIL. *Presse Médicale*, 11 maggio 1929).

Durante le prime tre settimane dopo il parto le puerpere possono essere colpite da emiplegie ed afasie transitorie, anche in assenza di qualsiasi segno clinico di sifilide, di cardiopatie, di lesioni renali, di eclampsia, di infezioni e d'isterismo.

Questa forma di emiplegia con o senza afasia, che è un accidente condizionato unicamente dallo stato puerperale, colpisce sopratutto donne giovani e per lo più primipare. Si manifesta in casi nei quali la gravidanza, il parto, il secondamento e le conseguenze in genere del parto abbiano avuto qualche particolarità: parto precipitoso, applicazione di forcipe, inserzione viziosa della placenta con flebite, secondamento artificiale, parto gemellare, emorragia di secondamento, versione interna con lacerazione del collo.

Le caratteristiche cliniche dell'emiplegia puerperale sono costituite dal tempo e dal modo della sua comparsa, dalla sua localizzazione, dalla sua durata e dalla sua scomparsa.

Per quel che riguarda la data della comparsa si hanno forme *precoci*, al 2° o 3° giorno dal parto, e che sono anche fugaci (durano 2-3 giorni) e forme *tardive*, al 7°-23° giorno, che sono anche più persistenti.

Le manifestazioni neurologiche possono comparire senza alcun prodromo, o con prodromi leggeri come la cefalea, in qualche caso con

coma profondo o leggero ma sempre di breve durata.

Nella grande maggioranza dei casi la paralisi è localizzata a destra e può consistere in una semplice emiparesi ed in emiplegia completa caratteristica.

La paralisi è dapprima flaccida, spastica nei giorni seguenti. I riflessi tendinei sono esagerati, in flessione paradossa il cutaneo plantare. La compartecipazione del facciale è notevole ed è schiettamente a tipo centrale.

Talvolta i fenomeni paretici sono localizzati ad un arto, e talvolta all'emiplegia destra segue quella sinistra.

In qualche caso si sono constatate manifestazioni a tipo epilettico di frequenza e intensità variabili, talvolta a tipo nettamente jacksoniano.

Non si ha mai dolore, ed i disturbi sensitivi subiettivi si limitano a qualche parestesia, che la paziente accusa dopo avere recuperato la parola.

La sensibilità tattile e dolorifica è talvolta leggermente attutita ed in un caso assunse una topografia pseudoradicolare.

La guarigione rapida è la regola, salvo in qualche caso nel quale il miglioramento si ha lentamente e dopo alcuni mesi l'esame fece rilevare la paresi crurale destra.

Gli autori discutono le varie possibili interpretazioni patogenetiche di questa emiplegia transitoria delle puerpere (emorragia cerebrale o meningea, spasmi arteriosi o venosi, edema cerebrale, embolia).

Tenuto conto della coincidenza della emiplegia in quistione con forme flebitiche è ammissibile che tra l'una e le altre vi sia un rapporto di causalità, tenuto conto anche che le manifestazioni paretiche si presentano nello stesso periodo di tempo in cui si verificano gli accidenti venosi del post-partum (flebiti e embolie).

Tale etiologia embolica in rapporto a flebite primitiva, anche clinicamente muta, degli arti o della pelvi è accettabile anche grazie alla persistenza dell'orifizio interauricolare più frequente di quel che generalmente si ritiene.

Nè è da escludere, dato il flebotropismo dell'infezione nelle donne affette, che l'emiplegia sia dovuta ad un'infezione venosa cerebrale trombotica d'origine microbica coincidente con altra lesione venosa contemporanea.

DR.

Contributo allo studio delle paralisi pottiche.

(R. FONTAINE. *Gaz. des Hôpitaux*, n. 43, 1929).

L'A. riferisce un caso di morbo di Pott trattato dal prof. Leriche nella clinica chirurgica di Strasburgo.

Si tratta di un p. di 18 anni, colpito nel marzo 1926 da paraplegia spastica, che in pochi giorni raggiunse la massima entità. L'esame clinico completato dalle ricerche di laboratorio e radiografiche dimostrò: m. di Pott dorsale alto interessante più corpi vertebrali (ma sopratutto quello della DII) con ascesso freddo prevertebrale penetrante nel canale rachideo e provocante paraplegia spastica con turbe sfinteriche.

Il p., operato da Leriche il 14-4-1926 mediante trapianto osteoperiosteo tibiale sulle lamine vertebrali dalla CVII alla DV, secondo la tecnica di Albee-Halsted superò bene l'atto operativo, non traendone però vantaggio alcuno. Anzi la contrattura continuò ad estendersi in senso ascendente, i disturbi sfinterici si complicarono con infezione urinaria febbrile e il p. morì cachettico il 14-10-1926.

L'autopsia dimostrò: morbo di Pott con ascesso freddo anteriore, sviluppato a spese delle vertebre DI-DII-DIII-DIV e con ascesso freddo retromidollare, causa di compressione del midollo. In esso il trapianto osteoperiosteo aveva completamente attecchito.

Tale caso è interessante in quanto dimostra: 1) che l'atto operatorio alla Albee-Halsted è facilmente superato dai p. e conduce all'attecchimento completo del trapianto anche se le condizioni generali siano poco favorevoli; 2) che se la compressione midollare è per lo più la conseguenza di ascessi freddi intrarachidei (Menard), tali ascessi però non hanno sempre sede antimidollare come vuole Calvè, ma anche retromidollare. Tali ascessi retromidollari inoltre non hanno sempre origine come vogliono Sorrel e M.me Sorrel-Déjerine dalla parte posteriore dei corpi vertebrali, donde si diffondono dietro il midollo previa ulcerazione del legamento vertebrale posteriore, scivolando lungo la dura madre, ma anche, come nel caso suddetto, da diffusione dietro il midollo attraverso i fori di coniugazione di un ascesso prevertebrale.

Circa l'atto operativo, il caso in parola ne dimostra la inutilità e quindi confermerebbe il criterio dell'astensionismo di M.me Sorrel-Déjerine. Ma Fontaine dimostrando un caso consimile con paraplegia, che abbandonato a sè ebbe ugualmente esito mortale, sostiene che l'atto operativo se può non portare vantaggi, non è d'altra parte fomite di guai peggiori. Anzi, basandosi su un altro caso di m. di Pott con paraplegia insorta acutamente e che trattato chirurgicamente ebbe a guarire in due mesi e mezzo, pensa che sia giustificato in molti casi intervenire cruentemente. Sostiene ancora che l'intervento dovrebbe consistere nella laminectomia esplorativa seguìta dal trapianto alla Albee. In tal modo, in caso di ascessi retromidollari, si potrebbe direttamente aggredire la causa comprimente; in caso di ascessi premidollari si determinerebbe una decompressione utilissima agli effetti della paralisi, come dimostra in un altro caso operato da Leriche.

E conclude opponendosi al concetto astensionista di M.me Sorrel-Déjerine, che esclude

sempre l'utilità dell'intervento nelle paraplegie pottiche in quanto sostiene che le forme a rapida insorgenza, derivando da ascessi freddi, guariscono spontaneamente, quelle a insorgenza lenta e tardiva, derivando da pachimeningite, sono immodificabili dal trattamento operativo e lo escludono.

Al contrario Fontaine fondandosi sui seguenti princìpi: 1) che l'ascesso può essere unicamente posteriore e quindi attaccabile direttamente dal chirurgo; 2) che gli ascessi intrarachidei possono regredire spontaneamente, ma anche progredire e condurre a morte; 3) che la clinica è incapace di distinguere con certezza la compressione da ascesso freddo da quella da pachimeningite, sostiene che il concetto interventista, con le modalità suddette, sia preferibile ogni qual volta esista dubbio sulla sede (anteriore o posteriore) e sulla natura (pachimeningite o ascesso intrarachideo) dell'agente compressore. R. LIBERTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1).

H. HOESSLIN e F. MÜLLER. *Theoretische und Klinische Farmakologie.* 1 vol. di pag. 231, G. Thieme, ed., Lipsia, 1928.

Il libro di farmacologia che esce per i tipi dell'editore Thieme ha già sostenuto la sua prova in precedenti edizioni e ha incontrato largo favore tra i medici. Ne è una dimostrazione il susseguirsi delle edizioni e l'adozione dell'opera come libro di testo nelle scuole di Germania.

È mantenuta ancora la suddivisione dei capitoli a seconda della azione farmacodinamica dei medicamenti, il che aiuta la memoria a chi impara e la consultazione a chi vuol ricordare.

Il ricettario è contenuto in limiti giusti; brevi ma sufficenti gli accenni di clinica.

VALDONI.

H. KÖNIGER. *Krankenbehandlung durch Umstimmung (sog. unspezifische Therapie).* Un vol. di pag. 230. Edit. G. Thieme, Lipsia 1929.

L'A. espone ampiamente nel suo libro i risultati, le indicazioni e il modo di applicazione della terapia aspecifica. Il campo è molto esteso perchè va dalle cure dietetiche alla psicoterapia.

A dare una idea della materia trattata citerò, per sommi capi, il contenuto dei capitoli. Il primo comprende la dietetica, il massaggio, le applicazioni cutanee generali e locali di mezzi meccanici, termici, chimici, luminosi, diatermici, radio- e radiumterapici. Il secondo capitolo è dedicato a cure fatte per via enterica: sedativi, stimolanti, preparati ormonici, elettroliti, lipoidi, sostanze battericide, ecc. Nel terzo capitolo sono esposti i mezzi che agiscono per via parenterale come le proteine eterogenee, gli estratti di tessuti, prodotti vegetali, vaccini non specifici, metalli e metalloidi, grassi animali, olii, ecc.

L'ultimo capitolo è dedicato al salasso, ai mezzi diaforetici, a quelli purgativi, ecc.

VALDONI.

Farmacopea ufficiale del Regno d'Italia. V edizione. Un vol. in-8° di 717 pag., rilegato. Provveditorato generale dello Stato. Roma, 1929. Prezzo L. 100.

Molto rimaneggiata ed ampliata si presenta questa V edizione della *Farmacopea italiana,* compilata da un'eletta schiera di farmacologi, chimici, fisiologi, botanici, farmacisti, presieduti dal prof. Parravano.

Fra le diverse modificazioni ed i miglioramenti portati, citiamo: la soppressione di molte voci della precedente edizione, mentre molte altre (164) ne sono state aggiunte, ivi compresi i sieri, vaccini, prodotti opoterapici, ecc.; la denominazione latina dei farmaci, in conformità di quanto si ha nelle farmacopee di altri Paesi; la descrizione dei farmaci è più ampia e completa che nelle precedenti edizioni; sono inoltre date molte nozioni generali ed avvertimenti, che rendono più agevole e proficua la consultazione; sono aggiunte le dosi massime dei rimedi anche per uso veterinario; è esclusa qualsiasi specialità; ecc.

In complesso, dunque, un'opera ottima, pienamente aggiornata, completa in tutte le sue parti, che si presenta bene anche dal lato editoriale. *fil.*

L'Année médicale pratique. Pubblicato sotto la direzione di C. LIAN. Un vol. in-16° di 621 pag. R. Lépine ed. Paris, 1929.

Ecco qui l'ottavo volume della serie di questo utilissimo annuario, che raccoglie in brevi riviste, da una a poche pagine, tutto quanto di più significativo si è pubblicato durante l'anno, in tutti i campi della medicina. La redazione è affidata a specialisti che dànno principalmente notizia dei lavori pubblicati nei periodici della Francia, pur non trascurando i più importanti lavori comparsi nei periodici di altri Paesi.

La disposizione è fatta per ordine alfabetico; vi è anche un indice sistematico che facilita le ricerche ed un indice alfabetico per il volume e per la materia trattata negli ultimi quattro anni.

Il libro è completato dall'esposizione di quanto si è fatto di importante in Francia, dal punto di vista professionale (leggi, sentenze, ecc.) e dall'elenco dei principali apparecchi fabbricati e dei libri pubblicati nell'anno in esame.

L'utile annuario non dovrebbe mancare nella biblioteca di ogni medico colto. *fil.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXV Congresso di Medicina Interna.

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuazione e fine, vedi numero precedente*).

Seduta pomeridiana del 25 ottobre.

Presidenza: Rossi - Catterina.

Pettinari V. (Milano). — *Indagini e tentativi di cura nella gangrena spontanea giovanile.* — Ha osservato un caso con caratteri di simmetria.

Dal punto di vista terapeutico i risultati di una simpaticectomia periarteriosa sono stati molto scarsi e così pure inefficaci l'innesto eteroplastico di surrenale, omoplastico di ovaia e la cura insulinica. Il dolore ha ceduto allo stiramento e congelamento delle collaterali nervose delle dita colpite.

De Gaetano L. (Napoli). — *Ulteriore contributo alla istologia patologica della malattia di Leo Buerger.* — Illustra un caso interessante con lesioni simili a quelle riscontrate dagli OO. precedenti. Terapia: amputazione quanto è più possibile precoce.

Gargano C. (Napoli). — *Produzione di una nuova limitante interna in alcune arteriti giovanili.* — Ha osservato istologicamente che nello studio inziale, le alterazioni delle parti vasali sono minime. Iniziatasi la organizzazione del trombo dalle pareti del tratto vasale libero evolve nel trombo organizzato una nuova limitante interna. Questa elastica rigenerata guarda il lume del canale arteriale o venoso e su di essa si rigenera una nuova intima. Ciò dimostra che la trombosi precede la lesione della parete il che fa preferire di dare alla malattia il nome di tromboangioite piuttosto che quello di endoarterite obliterante.

Bedarida N. (Torino). — *Esami clinici comparativi su un caso di gangrena giovanile prima e dopo la surrenalectomia.* — Riporta per esteso uno dei casi riferiti nella relazione.

Guerriero (Napoli). — *Sui casi di arterite obliterante trattati nella clinica chirurgica del Professor Leriche a Strasburgo. Alcuni risultati lontani di arteriectomia e surrenalectomia.* — I migliori risultati sono stati ottenuti in sei casi di trombosi trattati con la resezione dell'arteria. Tre casi sono stati trattati con la surrenalectomia con buon esito.

Discussione della Relazione.

Anzilotti (Livorno). — Quattro casi con caratteristiche differenti. Ha avuto cattivo risultato dalla simpaticectomia. La surrenalectomia è una cura sintomatica non casuale. Preferisce l'amputazione alla Gritti.

Chiasserini A. (Venezia). — Ha eseguito una embolectomia della ilaca esterna non seguita alla risoluzione del processo gangrenoso. Ha ottenuto buoni risultati nella gangrena spontanea con l'allacciatura della vena femorale. Usa l'arteriografia dal 1927 con buoni risultati. Per quanto al metodo sia connesso qualche pericolo, merita di essere applicato specie per la determinazione del punto di ostruzione dell'arteria che non è individualizzabile esattamente con i metodi indiretti. Usa la soluzione di ioduro sodico al 20-25 % iniettando prima dell'anestetico per mitigare il dolore.

Frugoni C. (Padova). — L'O. richiama l'attenzione sulle atrofie muscolari talora precoci della forma non di origine neuritica, ma miopatica distrofica e che possono comparire prima che si istituiscano alterazioni di colorito e di temperatura dell'arto, sè da indurre erroneamente alla diagnosi di neurite se orientati dalle conoscenze sulla sindrome di Buerger non vi porta l'attenzione sul sistema vasale. Ricorda fra le complicazioni muscolari le retrazioni, talora cospicue, di genesi analoga alla sindrome ischemica di Volkmann e si sofferma sui caratteri particolari della flebite multipla e migrante, per lo più apirettica e indolora o quasi, con scarsa flogosi, con formazioni nodulari a rosario e suscettibile di riassorbirsi e completamente sparire.

La poliflebite migrante testimonia il carattere sistematizzato della malattia di L. Buerger che l'O. conviene debba continuare ad essere considerata a sè, sia pure come varietà dell'arterite giovanile, ma da questa differenziabile e per il carattere più sistematico e per la larga compromissione venosa e per le notevoli possibili regressioni della sintomatologia da larga canalizzazione dei trombi e in una certa percentuale di casi per caratteri istologici.

L'O. non ritiene ancora dimostrata la natura infettiva della forma .

Pace (Napoli). — Fa alcune osservazioni sulla sistematica delle lesioni anatomiche nelle gangrene periferiche e riferisce un recente contributo di Letulle Labbé in cui si parla non di un tipo arteriosclerotico, come ammette il R., ma di una vera endoarterite obliterante che ricorda il Buerger.

L'O. per la diagnosi dell'occlusione arteriosa mette in valore le ricerche oscillografiche e il nuovo metodo proposto da Aldrich e Mc Clure per differenziare la forma spasmodica dalle vere forme obliteranti.

L'A. infine ricorda le sue ricerche e il suo schema sul modo di intendere gli effetti fisiologici della simpaticectomia periarteriosa, richiamando l'attenzione sulla reazione pressione vasomotoria e controlaterale e sui segni funzionali che dalle ricerche della pressione dopo la simpaticectomia si possono trarre.

Pontano T. (Roma). — È d'accordo nelle linee generali con le relazioni ufficiali. Al prof. Scala chiede le ragioni di una distinzione tra *sindrome clinica di gangrena giovanile e gangrena da tromboangite di Buerger.* Le sindromi cliniche sono identiche: la differenza sarà *anatomica*: in una è la endoarterite, nell'altra la tromboangite; per ora non si può parlare di sindromi differenti.

E vorrebbe che la malattia di Buerger fosse detta da *tromboangite* e non da *tromboendoangite*: come le chiama il prof. Scala: è proprio la mancanza di endoangite quella che differenza il Buerger dalla endoarterite.

Tra le sindromi cliniche trova elencata la claudicatio intermittente accanto alla sindrome giovanile, aterosclerotica ecc., ma questa rappresenta un episodio comune a molte forme cliniche e non può avere *dignità di forma clinica*. È d'accordo con lo Scala sull'origine delle gangrene diabetiche, che sono sempre aterosclerotiche, per quanto il terreno aggiunga note importanti nel decorso della malattia.

Col prof. Ciminata non è d'accordo sul valore dell'asportazione del surrene sinistro. La maggior parte degli interventi citati nella sua magnifica relazione è senza resultato, qualche caso favorevole e transitoriamente: i malati di Buerger studiati dall'O., erano tutti con *pressione normale* o *ipotesi*, le lesioni delle arterie lontane dal tipo anatomico della lesione adrenalinica; l'operazione non ha giustificazione dell'esperienza nella teoria e nella clinica. Forse l'operazione in qualche caso riesce a disturbare le vie di conduzione del dolore: l'O. ricorda quanto avviene nelle operazioni sul simpatico nell'angina di petto e nega un valore patogenetico alla adrenalinemia nel m. di Buerger. Si amputi, è necessario; ma si lasci un organo importante come il surrene; tale operazione non ha più nemmeno la giustificazione dei tentativi razionali.

VANZETTI (Torino). — Ha osservato all'esame di uno stesso caso come le lesioni ritenute caratteristiche dell'endoarterite obliterante si incontrino con quelle tipiche della forma di Buerger. Se si vuole definire i due quadri bisogna prendere in esame i punti dove il processo è iniziale.

Molti dei preparati dimostrati nella seduta non corrispondono a lesioni iniziali: bisogna che ci sia una alterazione dell'intima o una trombosi con alterazione della parete. Nei punti dove il processo è avanzato l'aspetto corrisponde al m. di Buerger e si ricava l'impressione che questo corrisponda ad una reazione a una trombosi. Crede che si debba ammettere una fase iniziale acuta con infiltrazione leucocitaria, ecc., contemporaneamente si ha la trombosi. È da chiedersi quale sia primitiva, se la trombosi o l'arterite ma non si deve ammettere una contemporaneità del processo. Bisogna studiare ulteriormente gli stadi iniziali del processo nei piccoli vasi e si potrà dimostrare allora che il fatto fondamentale è l'endoarterite mentre la trombosi è secondaria.

SCALONE (Milano). — Non praticherà surrenalectomie ma simpaticectomie. La asportazione del surrene ha dato finora risultati scarsi, rari e solo sintomatici. Associa alla simpaticectomia la legatura della vena per evitare la caduta rapida della pressione.

RONZINI M. (Bari). — Ha studiato sperimentalmente la regione della catena del simpatico lombare la cui stimolazione elettrica aumenta la pressione arteriosa generale ed è analoga a quella ottenuta con la stimolazione di un nervo qualsiasi. Si può escludere quindi una azione del simpatico lombare sulla pressione arteriosa dell'arto inferiore.

ALESSANDRI R. (Roma). — L'indicazione curativa della gangrena spontanea, deve derivare, se vogliamo correttamente applicarla, dalla conoscenza del momento patogenetico dell'affezione, e precisato questo, dall'esatta diagnosi.

E per le gangrene l'esempio tipico di ciò lo troviamo in quelle emboliche, dove la causa dell'occlusione è chiara, la diagnosi può farsi quasi immediatamente e la cura è ormai ben fissata. Le embolectomie sono oggi specialmente all'estero seguite da percentuali buone di risultati positivi; in Italia è ancora poco in uso, e, fra le prime, sono state quelle fatte a Roma sotto la sua direzione.

Non vi è possibilità di discussione: si tratta di stabilire una più rapida e precisa collaborazione medico-chirurgica e una organizzazione del chirurgo che permetta un intervento precoce. Lo stesso può dirsi per la gangrena diabetica.

Per quelle forme le più interessanti di gangrene giovanili (L. Buerger, Winivarter, ecc.) non ha trovato nelle relazioni, nè si poteva, dato lo stato attuale delle nostre conoscenze, una vera e propria precisazione al riguardo. Ora questo è il punto capitale per poter sperare di ottenere qualcosa di meglio della demolizione dell'arto colpito.

Se la tromboangioite è un processo infettivo che colpisce oltre le arterie e prima di queste, le vene è naturale che non possano avere un buon risultato le varie operazioni proposte. Se invece è esatta la teoria dello spasmo o, come dice Oppel, dell'arteriosi surrenale è da sperare che i risultati delle operazioni sul simpatico periarterioso, sul simpatico lombosacrale, sulla surrenale, portino risultati migliori di quelli ottenuti, purchè però si faccia precocemente la diagnosi e si intervenga prima che si siano stabiliti gravi disturbi nutritivi. Grande importanza diagnostica ha la biopsia di una vena dell'arto colpito e l'arteriografia. Questo metodo è stato applicato in Italia per la prima volta nella sua Clinica e ha dato risultati molto interessanti. Deve dire ancora a proposito dell'accenno fatto dal prof. Pace, che nel 1927 ha fatto sperimentare largamente nella Clinica il metodo di Aldrichs e Mc Lure, metodo il cui valore però non si è dimostrato molto grande.

LUNEDEI (Firenze). — L'O. richiama l'attenzione su alcune questioni trattate dai relatori in rapporto alla genesi delle gangrene degli arti e alla genesi del sintoma dolore.

È stata attribuita una certa importanza alla osservazione della sindrome spastico-atonico; orbene bisogna ricordare che la sindrome spastico-atonica si osserva nelle più disparate forme morbose e anche in soggetti assolutamente sani. L'O. si chiede se eventualmente la manifestazione capillare non sia piuttosto una conseguenza della alterata nutrizione tissulare con le conseguenti modificazioni capillari, piuttosto che una causa, sia pure predisponente.

Richiama inoltre l'attenzione sul fatto che le fibre che determinano per eccitazione delle radici posteriori la vasodilatazione hanno una cronassia

uguale a quella delle fibre vegetative e non delle grosse fibre mieliniche.

Per quanto riguarda il dolore, ricorda che da esperimenti eseguiti nella Clinica medica di Firenze sulle alterazioni di circolo, è risultato che le parastesie e il dolore si hanno specialmente per la stasi venosa e per la liberazione di sostanze che danno vasodilatazione e manifestazioni ponfoidi e quindi sostanze istamino-simili.

VOLTERRA M. (Firenze). — I chiarissimi Relatori hanno voluto accennare ai rapporti fra circolazione arteriosa e circolazione capillare e fra regolazione del circolo capillare e condizioni umorali dei tessuti. Questi accenni a questioni di carattere fisiologico sono perfettamente giustificati perchè si riferiscono ad acquisizioni recenti di cui è opportuno tentare di servirsi per ottenerne chiarimento ai problemi di patologia circolatoria. L'O. ha avuto l'impressione però che specialmente alcuni reperti istologici sieno stati sopravalutati o accettati in maniera un poco diversa da come sono.

Così si è parlato di cellule contrattili pericapillari. Ora che esistano cellule pericapillari nessun dubbio: che si tratti di elementi contrattili è tutt'altro che accertato. La questione è stata pochi giorni or sono discussa alla Riunione della Società italiana di Anatomia in Bologna: ed è stato giudicato che un giudizio in proposito ancora è prematuro. Personalmente per le ricerche eseguite in passato e per i risultati contrarî alla tesi della capacità contrattile di tali cellule avuti da Florey e Carleton, dai Clark, da Matarese, l'O. ritiene che le cellule pericapillari non abbiano tali funzioni, ma sieno semplici cellule connettivali di tipo istiocitario. Ha dimostrato in passato che i risultati dello Zimmermann, che attribuisce alle cellule pericapillari prolungamenti che abbracciano il vasellino, corrispondono ad artefatti delle impregnazioni argentiche. I resultati poi del Vimtrup, citato dai relatori, valgono per gli anfibî: questo A. ha tentato di estendere i suoi resultati all'uomo, ma senza sufficiente documentazione. Le esperienze fisiologiche e le osservazioni dirette « in vivo » del Vimtrup, e di Bensley e Vimtrup sono poi contradette da altri ricercatori.

Il Relatore di parte chirurgica si è riferito anche ai rapporti fra nervi e parete capillare. Su questo punto sono fondamentali le ricerche di Stöhr (1922 e 1926). Però anche lo Stöhr viene a risultati contrari all'esistenza di cellule pericapillari contrattili: lo Stöhr dice chiaramente che nei suoi preparati non ha veduto la terminazione di fibre nervose in elementi pericapillari, e che anzi anche per questa ragione non crede che tali cellule esistano. I risultati più antichi di Tricomi-Allegra, di Wohlfrum e di altri che descrivevano reti nervose sui capillari eran pure dovuti a difetti di tecnica. Solo in capillari della meninge sembra esistano terminazioni a placchetta ma in rapporto alle cellule dell'endotelio (Stöhr, 1922).

Tutti questi punti sono dunque ancora così controversi e discussi da istologi e fisiologi, e le opinioni ancora così divise, da esser prematura l'applicazione dei dati provenienti dalle scienze collaterali a fatti patologici.

ARESU (Cagliari). — Crede che sarebbe di sommo interesse per la Medicina interna entrare maggiormente addentro nella questione dei meccanismi patogenetici di alcune delle forme descritte dal Relatore di parte medica; così ad esempio, per il capitolo della claudicazione intermittente ove l'O. crede possa mettersi bene in rilievo non solo per i reperti clinici ma anche per quanto è assodato dalla fisiopatologia sperimentale la possibilità molto frequente che si passi dalla disbasia angiospastica alla claudicazione intermittente a base arteriosclerotica.

Non condivide la distinzione fatta dall'oratore fra arteriosclerosi ed involuzione senile delle arterie, sopratutto quando si tratta di processi ad andamento obliterante; non sa per ciò esimersi dal considerare le lesioni arteriose che portano alla gangrena diabetica come vere e proprie arteriosclerosi che in niente differiscono dalle altre forme comuni se non per il carattere di più grave obliteramento del lume vasale, il quale è evidentemente connesso con le particolari caratteristiche di lipoidosi che si hanno nell'arteriosclerosi di questi soggetti, che sono certamente dipendenti dall'alto tasso lipemico che è caratteristico di questi stadi del diabete.

Risposta dei Relatori.

SCALA A. (Napoli). — Al prof. Pontano il Relatore osserva innanzi tutto che le sue obbiezioni, prima che da lui stesso, sono state confutate dall'ampia ed interessante discussione tenuta dall'assemblea. Trova inutile innanzi tutto l'appunto che il prof. Pontano gli muove di non avere nell'esposizione orale trattato delle cause tossiche e delle predilezioni di razza, argomenti già diffusamente trattati — come del resto riconosce lo stesso prof. Pontano — dalla relazione scritta: la trascuraggine fu dovuta alla brevità del tempo concessa ed all'ampiezza del riassunto orale che l'argomento per la sua vasta importanza avrebbe meritato. Ad ogni modo soffermare l'attenzione alla sola trombangite del Buerger, la più discutibile tra le forme cliniche, è certamente una visione troppo angusta: non si può misconoscere l'importanza che per attributi clinici ed anatomo-patologici merita e conserva integra la forma giovanile sostenuta dell'endoarterite obliterante tipo Winivarter. Del resto quanta difficoltà sussista tuttora nella discriminazione di caratteristiche anatomo-patologiche che siano proprie del morbo di Buerger emerge già ampiamente dalla dotta osservazione fatta dal prof. Vanzetti tanto più che nessuno meglio di questi possiede una personale competenza nel capitolo dell'endoarterite, argomento di sue interessantissime ricerche personali.

Si permette di ricordare al prof. Donati che pur lasciando alle due forme l'endoarterite e la trombangite una descrizione distinta non ha mancato di osservare come questi in gran parte si sovrappongono.

Apprezza altamente gl'insegnamenti semeiologici del prof. Frugoni tanto più che questi possono essere di grandissima utilità per una diagnosi precoce, oltremodo interessante per la prognosi.

Dopo aver rinnovato al prof. Vanzetti la sua espressione di gratitudine per avere questi con la

sua alta competenza espresse tutte le riserve circa una distinzione istopatologica tra l'endoarterite e la trombangite premette che egli non ha voluto confondere l'endoarterite e l'arteriosclerosi le quali nelle loro rispettive manifestazioni conclamate posseggono caratteristiche morfo-patologiche senza dubbio innegabili che sarebbe grave errore misconoscere, ma che egli ha inteso soltanto di porre dei vincoli col processo ben più generico dell'aterosclerosi od ateromatosi, ritenuto da Aschoff fondamento comune della malattia dei vasi ma che a seconda delle tecniche in cui manifesta la sua predilezione imprime all'angiopatia quelle caratteristiche rispettive tanto differenti l'una dall'altra, consacrate nell'anatomia patologica ed indispensabili alla diagnosi delle sue forme anatomo-patologiche: l'ateromasia, l'arteriosclerosi e l'endoarterite.

CIMINATA A. (Torino). — Ringrazia i vari oratori per il contributo che hanno portato a questo importante argomento. Dal punto di vista chirurgico ha dovuto rilevare che sono stati accolti da qualche oratore con scetticismo i metodi di cura chirurgica conservativa della gangrena spontanea, ma ha dovuto anche rilevare che tale scetticismo è stato sopratutto sollevato da colleghi che su questi metodi non hanno esperienza personale.

Nella relazione l'O. ha chiaramente detto che allorquando la malattia è allo stadio avanzato i vantaggi di tali metodi, pure esistendo realmente sono transitori; ma ha detto altresì che intervenendo negli stadi iniziali aumentano certamente le probabilità di successo operatorio. Questo concetto è stato qui esplicitamente espresso dal suo Maestro prof. Donati. I casi che il collega Guerriero ha riferiti di ammalati di endoarterite obliterante, operati di surrenalectomia dal Leriche e nei quali la guarigione non solo del dolore ma anche dei fatti ulcerativi persiste dopo circa 4 anni dall'atto operativo e i casi operati dal Donati, in cui la surrenalectomia è riuscita a ritardare di un anno l'intervento demolitivo e il caso operato dal Serafini e qui riferito dal Bedarida stanno a dimostrare che l'operazione della surrenalectomia non è un'operazione inutile, come ha detto qualche oratore, ma è un'operazione che deve essere considerata col massimo interesse specialmente quando si ha la fortuna di intervenire negli stadii iniziali della malattia. Aggiunge, ed è questo uno dei fatti più importanti da rilevare, che egli stesso abbia osservato nei casi del prof. Donati, come il processo obliterante fosse esteso addirittura all'arteria femorale.

La surrenalectomia, eseguita con perfetta padronanza della tecnica non è un'operazione pericolosa e la percentuale di mortalità è minima.

Con l'operazione della resezione dei gangli simpatici lombari si è avuto anche qualche risultato vantaggioso; deve quindi essere tenuta in considerazione; ma, fin oggi ha dato una mortalità operatoria superiore alla surrenalectomia.

L'allacciatura della vena, come del resto confermano i risultati favorevoli riferiti dall'O. Chiasserini, è un'operazione che merita di essere applicata.

Lo scetticismo, pertanto, che qualche O. ha espresso per il metodo di Chirurgia conservativa può essere pericoloso perchè coarterebbe il pensiero chirurgico nel chiuso ambito della Chirurgia demolitiva, mentre oggi la Chirurgia sta dilatando gli orizzonti per risalire alla genesi della malattia ed applicare nuovi metodi chirurgici i cui benefici effetti sono innegabili.

Il progresso apportato in questi ultimi tempi all'argomento nostro non sta nel campo della Chirurgia demolitiva per la quale i vecchi concetti sono tuttora in vigore, nonostante tutti i metodi escogitati per l'esame della vitalità dell'arto dei quali alcuni si dimostrano insufficenti e altri, come l'arteriografia, offrono pericoli, bensì in quello della Chirurgia conservativa.

Seduta pomeridiana (Sez. B) *del 25 ottobre.*

Presidenza: GIUFFRÈ.

Comunicazioni varie.

ROLANDI RICCI P. (Genova). — *Contributo allo studio degli aneurismi dell'aorta addominale.* — L'O. riferisce dapprima su un raro caso di aneurisma dell'aorta addominale comunicante con un enorme ematoma pulsante, iniziatosi con dolori sordi ed accessionali alla regione lombare, quindi fa rilevare come la diagnosi precoce sia sempre assai ardua. Unici sintomi precoci e quasi costanti sono crisi dolorose del tipo osservato dall'O., oppure simili alle crisi gastriche dei tabetici.

ROLANDI-RICCI P. (Genova). — *La pressione venosa periferica e sue variazioni in rapporto alla tbc. polmonare.* — Da osservazioni compiute su ammalati di tubercolosi polmonare, completamente immuni da alterazioni di altri organi, l'O. può concludere che nelle forme distruttive con tendenza alla ulcerazione ed alla caseosi la P. V. è sempre e talvolta notevolmente abbassata. Nelle forme benigne a tipo sclerosante dove la tendenza alla cicatrizzazione è manifesta, la P. V. è invece normale o solo modicamente abbassata. Un aumento della P. V. fu solo accertato in due casi di pleurite tbc. essudativa.

STANGANELLI P. (Napoli). — *Indicazioni e limiti dell'opoterapia epatica.* — L'O. sintetizza i concetti sull'anemia perniciosa progressiva, esposti nella precedente seduta dal suo maestro professor Castellino, e riesamina i punti capitali della questione, così come li aveva magistralmente fissati il Prof. Castellino.

PEZZI C. e AGOSTONI G. (Milano). — *Segni radioscopici e radiografici sulla stenosi dell'arco aortico nella zona di inserzione del legamento di Botallo.* — Gli OO. avendo avuto occasione di porre la diagnosi di stenosi dell'arco aortico in una donna di 32 anni ed in ragazzo di 13 anni, credono opportuno riferire alcuni dati importanti forniti loro dall'esame radioscopico e radiografico.

Nella prima osservazione l'esame radioscopico e radiografico rilevarono un'aorta ascendente dilatata nelle posizioni oblique, un semicerchio aortico sinistro visibile, ma sfuggente nella parte inferiore, delle alterazioni delle coste dovute all'usura provocata dalle arterie intercostali fortemente aumentate di calibro.

Nella seconda osservazione gli stessi esami rilevarono un'aorta ascendente fortemente dilatata, la mancanza dell'emicerchio aortico sinistro e la presenza nella radiografia di immagini vascolari con tutta probabilità dovute alle arterie intercostali.

SANTUCCI G. (Genova). — *Studio elettrocardiografico comparativo dei riflessi cardiaci provocati nei sani di cuore e nei cardiopatici scompensati.* — Scopo dell'O. è stato quello di cercare di attingere dallo studio delle modificazioni determinate nei tracciati elettrocardiografici dalle manovre di Dagnini e di Cardarelli-Katzenstein, qualche elemento capace di chiarire la questione della valutazione della capacità funzionale del cuore e dei suoi meccanismi di adattamento. Dalle sue ricerche in 20 soggetti, dei quali 8 sani di cuore e gli altri affetti da vizi valvolari (6 mitralici e 4 aortici) e due miocarditi cronici, l'O. conclude che esiste notevole diversità di comportamento tra l'e. c. g. dei sani e quello dei cardiopatici tanto di fronte alla prova di Dagnini che a quella di Cardarelli-Katzenstein.

PIAZZA V. C. (Palermo). — *Sull'ormone emopoietico del fegato.* — L'O. già con una sua comunicazione presentata al Congresso dello scorso anno, disse come l'effetto ematogeno del fegato, non è dovuto al parenchima epatico ingerito, ma ad un corpo in esso contenuto per la struttura ghiandolare dell'organo di origine di tale corpo, per la concomitanza delle anemie nelle cirrosi epatiche, per le caratteristiche ormoniche del corpo isolato dal fegato.

Ora l'O. ha cercato di dimostrare la presenza di tale corpo nel sangue circolante, ma non avendogli le varie tecniche dato ancora alcun risultato evidente, ha cercato allora di stabilire una tecnica capace di dare la prova della attività biologica di tale corpo. Come animale da esperimento l'O. ha preso il coniglio al quale iniettava nel peritoneo una soluzione acquosa, seguendo la reazione reticolocitaria, dopo 1-2-4-6-12 ore dalla iniezione. L'O. ha potuto stabilire che in seguito all'iniezione vi è un aumento notevole del numero delle emazie reticolo-filamentose nel sangue circolante, mentre se si abbassa la dose si vede che esiste una dose limite al disotto della quale non si ottiene tale reazione. Si può stabilire quindi come unità reticolocitaria, la quantità minima che iniettata nel coniglio fa raddoppiare dopo 2-4 ore il numero delle emazie reticolo filamentose nel sangue circolante, dose che si aggira intorno a pochi milligrammi di ormone emopoietico.

CONDORELLI L. (Napoli). — *Sulle vie di conduzione sino-nodale.* — L'O. riassume lo stato dalla letteratura sulla questione, e i dati sperimentali di Eyster e Meek, Sohokoff, Rothberger, Sherf, che parlano di vie fisiologicamente (e non morfologicamente) differenziate per la conduzione sino-auricolare e sino-nodale.

L'O. accenna alle sue precedenti ricerche sulla costruzione sino-auricolare e interauricolare. Nelle ricerche che comunica, l'O. ha ottenuto tutte le forme di dissociazione auricolo-ventricolare, non ledendo il nodo di Tawara o il fascio di His, ma recidendo un tratto del setto interauricolare, che l'O. denomina carrefourseptale, perchè ivi si uniscono tutti i fasci di muscolatura che dal seno convergono al nodo di Tawara.

L'O. dimostra anche le differenze elettrocardiografiche tra il tipo di blocco per lesione del fascio di His, e il tipo di blocco per lesione del *carrefour*. In quest'ultimo caso si ha ritmo nodale dei ventricoli, nel secondo caso il ritmo deve essere idio-ventricolare.

L'O. dimostra gli elettrocardiogrammi dei suoi esperimenti.

CHINI V. (Padova). — L'O. mette in rilievo l'importanza della comunicazione del prof. Condorelli relativamente a due punti: 1) l'aver provato sperimentalmente l'esistenza di fasci (anche considerati dal punto di vista esclusivamente funzionale) sopra-nodali (interatriali), può trovare riscontro anatomo-clinico in ricerche precedenti dell'O. circa l'origine di alcune alterazioni dell'onda P (raddoppiamento, ecc.), fatte risalire ad alterazioni della conducibilità intraatriale e atrio-atriale; 2) questo stesso fatto induce ad essere guardinghi nell'accogliere nuove teorie sui blocchi atrioventricolari riscontrati anche all'infuori di lesioni anatomiche del nodo atrio-ventricolare e del fascio di His, in quanto sindromi di blocco *a-v* si possono avere, secondo le ricerche del prof. Condorelli, anche indipendentemente da dette alterazioni.

POLLERI G. (Genova). — *Contributo alla conoscenza dei capillari sanguigni in soggetti eredoluetici.* — L'O. ha fatto ricerche sistematiche sull'aspetto e sul comportamento del circolo capillare in soggetti eredo-luetici, comparativamente con individui sani, o almeno ritenuti tali, della medesima età. L'O. ha innanzitutto potuto notare una contrazione spastica della branca capillare arteriosa, cui fa riscontro una marcata dilatazione della branca capillare venosa. Si tratta quindi della sindrome spastico-atonica di Müller. Tali ricerche dunque portano un notevole contributo, per quanto riguarda il fattore periferico, alla patogenesi delle acrocianosi cutanee, che tanto frequentemente accompagnano la sifilide ereditaria. Così pure trovano la loro plausibile spiegazione parecchie affezioni auricolari, che si riscontrano in soggetti eredo-luetici, la cui estrinsecazione anatomica si riduce a fenomeni di iperemia passiva.

E poichè d'altra parte esistono notevoli influenze reciproche fra il sistema cardio-arteriale ed il circolo capillare, le speciali condizioni del circolo capillare in soggetti eredo-luetici non possono non ripercuotersi nel rimanente dell'apparato cardio-vascolare (ipertensione ecc.). Circa le cause più probabili delle alterazioni capillari nei soggetti eredo-luetici l'O. è portato ad ammettere che il fattore endocrino abbia la parte preponderante.

LUISADA A. e RONCATO A. (Padova). — *I fenomeni elettrici delle arterie pulsanti.* — Gli OO. per mezzo di elettrodi impollaribili, di un amplificatore termoionico e di un galvanometro a specchio (mezzi tecnici più perfetti di quelli fin'ora adoperati) hanno registrato i fenomeni elettrici vasali.

Le curve raccolte sulla femorale del cane o della cavia mostrano che:

1° sono indipendenti dal cuore, poichè possono aversi anche se, asportato il cuore, si fa una perfusione per l'aorta con un getto di liquido fisiologico ritmicamente interrotto;

2° hanno spesso il tipo diafasico che caratterizza le correnti di azione;

3° precedono quasi sempre l'onda di pressione e di velocità che passa nell'arteria;

4° aumentano di ampiezza sotto l'adrenalina e sono abolite dall'atropina e dalla papaverina.

5° spariscono se si raffredda l'arteria con del cloruro d'etile.

GIUFFRÈ L. (Palermo). — *Ancora sull'etiogenesi della febbre nella malaria.* — L'O. sostiene che non vi è rapporto tra il ciclo asessuale dell'emosporidio della malaria e la febbre, mentre tale rapporto si spiega molto bene con i principii della teoria biologica (chimica). Il caratteristico brivido di freddo si spiega per le reazioni endotermiche, proprie della fase anabolica del metabolismo organico dell'emosporidio. A proposito del sudore illustra il modo come funziona la termoregolazione fisica e l'influenza che sopra di essa esercita il sistema nervoso, pure indipendentemente da speciali centri termici, per mezzo di centri vasomotori, e di quelli secretori del sudore.

Tale è la spiegazione che dà l'O. della genesi della febbre nella malaria.

TERNI (Napoli). — Fa alcune osservazioni a quanto detto dal prof. Giuffrè a proposito dell'origine della febbre nella malaria e della causa del brivido con cui si risolve.

LANDOLFI M. Napoli). — *Fisiopatologia del riflesso ovaro-pupillare.* — L'O. riferisce sulla fisiopatologia del riflesso ovaro-pupillare paragonato a tutti gli altri riflessi pupillari, e ne studia le modifiche con manovre diverse e sotto l'influsso di svariati farmaci (adrenalina, atropina, nitrito di amile ecc.). Accenna, data la semplicità delle ricerche, alla notevole importanza pratica del riflesso o. p. in diverse contingenze, specie nei riguardi delle sindromi simpatico e vago-esteriche.

LANDOLFI M. e LAURI A. — *La cura del fegato applicato alla clorosi.* — L'O. afferma di aver avuto ottimi risultati coll'applicazione della cura del fegato nella clorosi e riferisce in merito alcune ricerche originali sperimentali, specie sulla viscosità del sangue.

MAGLIULO L. (Napoli). — *Fisiopatologia dei riflessi ovaro-diaframmatico, orchio-diaframmatico e orchio-pupillare.* — Con ricerche, specie radiologiche, l'O. ha studiato questi nuovi riflessi. Per provocare il r. orchio-pupillare senza destare dolore, l'O. indica il metodo d'immersione dello scroto in una vaschetta d'acqua fredda.

MAROTTA R. (Napoli). — *I riflessi didimo ed epididimo-cardiaco.* — L'O. ricorda di aver descritto (1928) il riflesso ovaro-cardiaco (diminuita frequenza del polso per compressione dell'ovaio); ora ha cercato di studiare la possibilità di un analogo fenomeno nel maschio ed ha veduto che quello epididimo-cardiaco, ha il vantaggio che l'epididimo è più possibile poterlo stimolare meccanicamente. In ogni modo i due riflessi in linea generale si equivalgono e si completano.

PESCI E. (Torino). — *Insulinoterapia intensiva.* — L'O. espone un suo metodo di terapia insulinica che egli applica fin dal 1925 e che gli dà risultati assai utili per l'interpetrazione prognostica della forma di diabete.

L'esperienza dell'O. si riferisce ad una casistica di 50 casi.

MOLINARI G. e PARISE N. (Napoli). — *Ricerche di patogenesi e di terapia nel diabete insipido. Azione curativa delle iniezioni endovenose di urina normale.* — Gli OO. hanno adoperato, per la cura del diabete insipido l'urina normale (filtrata per candela e di provata sterilità) per iniezioni endovenose (10 cmc. al giorno). I risultati sulla diuresi sono stati molto notevoli, superiori a quelli in precedenza ottenuti coi rimedi noti. Si riservano di fornire nel lavoro di prossima pubblicazione dettagli ed interpetrazioni.

QUARELLI G. (Torino). — *Sui tumori dell'angolo ponto cerebellare.* — L'O. riferisce su di un caso di tumore dell'angolo ponto cerebellare da lui diagnosticato per la sintomatologia clinica, confermata dall'esame radiografico. La malata fu operata con esito felice e da due anni è in ottime condizioni. L'O. ricorda come, fino al momento dell'intervento, non ci fosse alcun segno di compressione cerebrale caratterizzata dalla papilla da stasi.

BRECCIA G. (Genova). — *Vegetodistonie digestive.* — Con tale nome l'O. intende alterazioni funzionali del sistema vegetativo che hanno per causa o per effetto fondamentale l'alterazione funzionale del sistema vegetativo digerente. L'O. suddivide queste v. d. in primarie e secondarie e a seconda che presentano una sindrome digestiva o estradigerente, le chiama *dirette* o *indirette.*

FRAGOMELE A. (Napoli). — *La calcemia e la potassiemia nella micosi sperimentale, nelle micosi polmonari e nella tubercolosi sperimentale.* — Da ricerche eseguite dall'O. in tali quadri morbosi l'O. può concludere:

1° nelle micosi sperimentali e in quelle polmonari la calcemia è normale, mentre vi è iperpotassiemia;

2° nella tbc. sperimentale vi è sempre ipocalcemia.

Seduta antimeridiana del 26 ottobre.

Presidenza: Gen. medico MASSAROTTI.

Le lesioni croniche delle vie respiratorie in rapporto alle esigenze della vita militare.

Dott. G. DELOGU, ten. colonnello medico.

Conclusioni.

Il R. valendosi del largo materiale offerto dall'Ospedale militare di Roma ha preso in esame numerosi militari affetti da forme croniche dell'A. R. con particolare riguardo a quelle per le quali può nascere il dubbio sulla compatibilità con la vita militare; mentre ha sorvolato od ap-

pena accennato alle malattie che, senza possibile discussione, appaiono incompatibili con la prestazione di qualsiasi servizio nell'Esercito. Ad ogni capitolo il R. fa seguire alcune considerazioni sui rapporti delle singole affezioni con le esigenze della vita militare, chiarendole con apposite tabelle nelle quali sono riportati i risultati delle visite eseguite.

Nelle conclusioni il R. dopo aver messo ancora in evidenza la grande importanza della esplorazione funzionale, quando si debba esprimere un parere sui rapporti tra lesioni croniche dell'apparato respiratorio e servizio militare, rileva come la messe che in questo campo della patologia può essere raccolta non sia, certo, molto abbondante; ma tuttavia non deve essere trascurata. Grande riserva ed oculatezza, invero, si richiede sempre che si debba procedere alla riassunzione in servizio di militari che abbiano sofferto di bronchiti a lungo decorso o di pleuriti, rendendosi in tali casi indispensabile il vaglio del tempo e quello clinico e funzionale in guisa che non possa derivare un danno, ugualmente riprovevole per le condizioni di salute dell'interessato o per il buon andamento del servizio.

Un margine alquanto più largo per la riammissione in servizio lasciano, senza dubbio gli esiti delle ferite toraciche, in cui talvolta la funzione polmonare può ripristinarsi in modo eccellente. Si deve però tener presente che tale ottimismo non può essere generalizzato poichè tra i feriti toraco-polmonari e tra i portatori di proiettili non raramente possono riscontrarsi gravi insufficienze respiratorie.

Le lesioni croniche da gas sono spesso di una certa entità: le forme bronchiali pertinaci, talora associate ad enfisema od anche a piccole bronchiettasie svelabili con le iniezioni transglottiche di lipiodol. Sulla utilizzazione degli antichi gassati, lesi persistentemente all'apparato respiratorio, non può farsi, pertanto, un grande assegnamento; chè in genere si ha, in essi, una diminuzione dei valori funzionali.

Per la insufficienza respiratoria essenziale il R. ritiene che le giovani reclute che ne sono affette possano, specie in caso di mobilitazione, essere riunite in reparti speciali nei quali gli esercizi militari sieno integrati con quelli di una appropriata educazione respiratoria, poichè in molti casi la insufficienza respiratoria, non sostenuta da lesioni organiche del polmone è emendabile e l'insufficiente, curato, può diventare un buon soldato.

Nello svolgimento della relazione non è stata compresa la tubercolosi poichè qualunque manifestazione tubercolare è esimente da ogni servizio nella collettività militare. Essa è quindi fuori tema. Il R. si limita perciò a constatare come al presente i militari affetti da tubercolosi non siano più inviati alle loro famiglie, ma vengano curati in reparti isolati degli ospedali militari o nel sanatorio di Anzio e chiude auspicando che presto l'Esercito possa essere dotato anche di un Sanatorio Montano, come è nel desiderio e nelle aspirazioni di tutti gli Ufficiali medici.

* * *

Il R. rivolge infine i sensi della sua gratitudine al prof. Vittorio Ascoli per la ospitalità accordatagli nella Clinica Medica di Roma e per i sapienti consigli suggeritigli.

Discussione della Relazione.

Commessati (Udine). — Comunica i risultati da lui ottenuti nella esplorazione funzionale dello apparato respiratorio di numerosi ammalati, con la maschera del Pech ed asserisce che essa rappresenta un utile mezzo se non diagnostico, prognostico in alcune delle affezioni degli organi del respiro.

Businco (Cagliari). — Desidera fare qualche rilievo dal punto di vista morfologico e patogenetico, sopratutto sulla patologia dei gas asfissianti. Richiama a questo proposito le sue ricerche anatomopatologiche dal 1915-16 che trassero origine dalle ricerche che faceva fare la Sanità Pubblica da speciali Commissioni nei Laboratori, per la difesa contro i gas nemici. Le emanazioni tossiche che l'O. ha studiato sono state quelle del bromo, del cloro, ecc.

La prima constatazione fatta è che l'emanazione di questi gas produce effetti diversi (asfissia, lacrimazione) ma oltre a ciò i gas aggrediscono sopratutto l'apparato respiratorio.

Dai pochi reperti anatomici umani, si vede una necrosi dell'epitelio della mucosa respiratoria, che spesso si continua in scollamenti della sottomucosa. Oltre a ciò si ha la ripercussione del gas, quindi un edema, un'infiltrazione leucocitaria e sopratutto un isto-eosinofilia. Spesso si ha anche un enfisema sottocutaneo che dal mediastino può arrivare fino al collo ed anche generalizzarsi. Tali sono le alterazioni acute, ma all'O. sembra che da queste, che sono le più studiate, si può spingere lo sguardo alle alterazioni croniche e farne una classificazione, tenendo presenti i diversi quadri.

Non condivide l'opinione del R. circa la lieve entità delle bronchiti croniche nei gassificati.

Boris (Genova). — Ritiene che la percentuale dei tubercolotici da inalazioni da gas debba ritenersi più elevata di quanto comunemente si crede avendo egli avuto occasione di osservare vari casi. Rileva poi che non è da meravigliarsi che nei vecchi gassati si riscontrino bronchiettasie, poichè esse sono comuni a molte delle affezioni croniche dell'apparato respiratorio.

Maragliano. — Esprime il suo vivo compiacimento e la sua ammirazione al R. per la sua elaborata e completa relazione sull'importante e difficili tema assegnatogli. Si è interessato molto di queste questioni specie quando ebbe l'incarico di ispezionare i Reparti di accertamento e sa quanto esse siano delicate ed importanti per l'Esercito.

Occorre perciò una sempre vigile oculata sorveglianza perchè le file dell'Esercito non vengano inquinate dalle malattie infettive ed in ispecie dalla tubercolosi, e tener presente che non bisogna arrestarsi alla ricerca del bacillo. È d'accordo col relatore nel ritenere che non tutte le pleuriti sieno di origine tubercolare: ma certo bisogna spingere sempre l'indagine diagnostica e procurarsi le garanzie sino al limite del possibile.

Approva pienamente che i militari tubercolotici non vengano rimandati alla propria famiglia, ma siano curati in reparti isolati e nel sanatorio di Anzio. A questo proposito plaude agli auspici fatti dal Relatore, perchè l'Esercito sia presto dotato anche di un Sanatorio Montano.

Risposta del Relatore.

Nel ringraziare vivamente l'illustre sen. prof. Maragliano per le sue lusinghiere ed ambite espressioni di lode lo assicura che esse rappresentano la più alta ricompensa per il suo lavoro; che rimarranno sempre presenti alla sua memoria ed al suo cuore e varranno di nuovo incitamento a meglio operare in avvenire.

Parimenti lo assicura che terrà massimo conto delle osservazioni da lui fatte da poichè il senatore prof. Maragliano non ignora quale eco abbiano sempre avuto le sue parole ed i suoi consigli nel Corpo sanitario che lo ebbe illuminato aiuto nei momenti difficili della guerra ed in molte evenienze anche in tempo di pace.

Al prof. Businco il R. dà assicurazione di essere a perfetta conoscenza di tutti i suoi pregevoli lavori anatomo-clinici, ma prevalentemente anatomo-patologici sui gassati.

Nella esposizione testè fatta dal R. sugli esiti da gas di guerra egli ha in definitiva tracciato una vera e propria classificazione delle affezioni croniche dello apparato respiratorio nei gassificati: classificazione però basata unicamente sulla osservazione clinica e sulla esplorazione funzionale dei numerosi gassati che ha avuto occasione di visitare dopo la guerra a varia distanza di tempo dalla inalazione e non su dati anatomopatologici che sono, all'infuori del campo sperimentale, tutt'ora scarsi per i lontani esiti da gas. Circa le bronchiti croniche da gas il R. fa rilevare come accanto alle forme comuni e semplici egli abbia messo in rilievo anche quelle più gravi: le forme asmatiche cioè e quelle complicate ad enfisema, che talora può raggiungere gradi elevati, ed a bronchiettasie.

Ritiene quindi che un disaccordo fra le osservazioni del prof. Businco ed i concetti espressi dal R. nel complesso non esista: tanto più che il R. stesso ha messo per primo in evidenza la diminuzione dei valori funzionali coi vecchi gassati.

Al dott. Boris il R. fa presente che fra l'enorme numero di statistiche più o meno addomesticate riportate da molti autori specie in America ed in Inghilterra, riguardanti i rapporti fra inalazione da gas e tubercolosi ben poche sono quelle sulle quali può farsi affidamento. Perciò il R. si è limitato ad accennare solo a quelle più sicure riportate in documenti ufficiali e che sono le più attendibili. Che la tbc. non sia un comune esito da inalazione da gas è ormai un fatto che l'esperimento e l'osservazione clinica hanno perfettamente accertato.

Per riguardo alle bronchiettasie è pacifico che possano riscontrarsi in molte affezioni croniche dell'apparato respiratorio. Ma quelle piccole e molteplici messe in rilievo nei gassati di antica data e spesso svelabili soltanto con le iniezioni transglottiche di lipiodol hanno caratteri tutto affatto peculiari e presentano un quadro radiologico differente dalle bronchiettasie complicanti le altre affezioni bronchiali. Perciò meritavano una speciale menzione.

Col prof. Commessati il R. conviene sui buoni risultati che possono ottenersi con la maschera del Pech nella esplorazione funzionale dell'apparato respiratorio. Deve però rilevare che il R. non si è saputo convincere dei suoi vantaggi in confronto agli spirometri comuni che sono ugualmente esatti e di più semplice uso.

Seduta pomeridiana del 26 ottobre.

Presidenza: PENDE, FERRATA.

Comunicazioni.

VALLEBONA A. (Genova). — *I perfezionamenti della tecnica radiologica nell'esame dello stomaco in rapporto alla medicina interna.* — L'O. dopo aver trattato dei vari perfezionamenti che in questi ultimi anni sono stati apportati alla tecnica radiologica nell'esame dello stomaco, espone un suo metodo (*metodo combinato*) già proposto nel 1925, ed oggi considerato nei principali trattati. Tale metodo è basato sul fatto di rendere visibili le pareti gastriche ricoperte da un tenue strato di sostanza opaca, mentre la cavità dello stomaco è ripiena di una sostanza gassosa trasparente. Si ottiene in tal modo, invece di una visione di contorno un'imagine di profondità del viscere. L'O. presenta numerose radiografie, confrontando le varie tecniche con il metodo combinato, passando in rassegna la patologia gastrica e duodenale, ma conclude che se pure il metodo combinato, offre dei vantaggi sul comune metodo di Rieder, deve essere sempre da questo accompagnato.

TERNI (Napoli). — *Riproduzione sperimentale dell'ulcera peptica duodenale spontanea nelle cavie.* — L'O. ha ottenuto la riproduzione sperimentale dell'ulcera rotonda e del duodeno nelle cavie alimentate con cereali superiori (frumento, segale, orzo, avena e loro derivati). Tale contributo appare assai interessante per la ricerca delle cause dell'ulcera gastro-duodenale nell'uomo; l'ulcera che si riproduce nelle cavie con alimentazione o carenza di vitamina *C* antiscorbutica, offre un quadro clinico per la origine e conseguenze, come avviene nell'uomo.

Non è possibile stabilire perchè l'ulcera dell'uomo, come quella sperimentale della cavia, si sviluppa soltanto in limitati punti dello stomaco o nel duodeno, ad ogni modo l'O. si propone di continuare i suoi studi.

FERRATA A. (Pavia). — Mentre si congratula vivamente col prof. Terni dell'importante contributo sperimentale comunicato, non crede che i risultati ottenuti possono in modo qualsiasi rischiare il problema annoso della patogenesi dell'ulcera duodenale dell'uomo.

Infatti le ulceri sperimentalmente riprodotte dal prof. Terni in seguito a carenze alimentari nel duodeno della cavia sono localizzate nell'ampolla del Water proprio dove l'ulcera duodenale dell'uomo non si trova mai, essendo sempre juxtapilorica o bulbare. E siccome nell'ampolla del Water sbocca la bile, il succo duodenale proprio qui viene a mancare il fattore ipercloridria quasi costante nei malati di ulcera duodenale. Ritiene l'ulcera duodenale dell'uomo come una vera malattia costituzionale legata a fatti di iposurrenalismo, ipogenitalismo e da una vagotonia indiretta per deficenza costituzionale di tono simpatico. Con ogni probabilità le ulceri sperimentali riprodotte dal prof. Terni

nel duodeno di cavia sono l'espressione di una diatesi emorragica di origine carenziale.

PENDE N. (Genova). — Si associa pienamente al giudizio del prof. Ferrata, che nessun paragone è possibile fare tra le ulceri sperimentali determinate per avitaminosi nelle cavie dal Terni e la vera ulcera peptica dell'uomo. In questa, vera trofoneurosi costituzionale, è in campo un atteggiamento neurochimico del soggetto caratterizzato da spasmofilia costituzionale, ipotomia simpatica con relativa vagoipereccitabilità, insufficienza costituzionale surrenale, pancreatica, genitale, paratiroidea.

ARNONE (Palermo). — Cita un caso osservato di recente in cui coesistevano ptosiviscerale; ulcera piloro-duodenale; spina bifida sacrale. L'infermo morì il giorno stesso dell'atto operativo per emorragie multiple ribelli a tutte le cure per diatesi emopiloide. Questo caso porta un contributo alla teoria costituzionale dell'ulcera.

FAELLI (Genova). — *Alterazione della funzione sessuale ed influenza su la procreazione.* — L'O. in base ad una statistica di quasi 4000 casi di diabete, può affermare che nel circa l'80 % dei casi il diabete determina alterazioni nelle funzioni sessuali; riguardo alla frequenza con cui il diabete si associa alla sterilità sia nell'uomo che nella donna, può dirsi che essa è di circa il 20 %.

La percentuale dei nati morti e degli aborti raggiunge il 40 %.

L'O. conclude affermando come in base a tali ricerche, il diabete debba essere tenuto presente fra le cause di sterilità dei matrimoni.

CARRERAS G. (Pisa). — *Sulla eliminazione del calcio nella bile.* — Già precedenti ricerche erano state fatte su questo argomento, ma poichè il metodo adoperato, e cioè quello dell'inoculazione in diversi animali di cloruro di calcio per via endovenosa, era stato un po' criticato, l'O. ha ripetuto le esperienze saggiando nei cani e nei conigli le eventuali modificazioni della bile, prelevata con puntura della cistifellea, prima e dopo l'iniezione di cloruro di calcio. A garanzia che tutto il calcio eliminato con la bile durante l'esperimento fosse raccolto, l'O. legava il coledoco dopo il primo prelevamento. L'O. in base alle sue ricerche può concludere che si ha sempre un aumento della concentrazione di calcio biliare conseguente ad una maggiore ingestione di sali calcici. Allo scopo di stabilire se tale fatto abbia una importanza nella fisiopatologia e nella evoluzione clinica della colelitiasi, l'O. ha eseguito delle ricerche fra soggetti che da lungo tempo siano stati sottoposti a scopo terapeutico, all'uso di acque minerali a forte contenuto in calcio e su 54 casi ha potuto vedere che solo otto presentavano persistenza della sintomatologia e di questi tre dovettero ricorrere all'intervento chirurgico, mentre tutti gli altri osservarono notevole attenuazione o scomparsa dei fenomeni morbosi.

CARRERAS G. (Pisa). — *Sul valore di alcune critiche mosse alla prova della iperglicemia alimentare, per lo studio clinico della funzionalità epatica.* — L'O. dopo avere passato in rassegna le varie critiche mosse a tale metodo per la determinazione della funzionalità epatica, ha seguito alcune esperienze atte a saggiare le modificazioni della glicemia provocate dalla iniezione endoportale di glucosio comparativamente nei conigli sani ed in conigli nei quali era stato escluso il fegato dall'economia dell'organismo. A parità di condizioni, la iniezione di una eguale quantità di glucosio provoca una elevazione del tasso glicemico molto maggiore negli animali precedentemente operati. Ciò dimostrerebbe che il fegato, leso nella sua funzione dalla stasi biliare, perde in parte la capacità di fissare il glucosio.

DA RIN O. e WEINNBERG M. (Genova). — *Contributo allo studio della funzionalità esterna del pancreas.* — Gli OO. hanno studiato il comportamento dei tre fermenti: amilasi, lipasi, tripsina, contemporaneamente nel succo duodenale, nel siero di sangue, nell'urina a digiuno e dopo la prova di Katsch, allo scopo di vedere se era possibile trarre qualche elemento per la diagnosi di lesioni pancreatiche, ma hanno osservato che ad eccezione dell'amilasi, non esiste alcun rapporto fra le attività lipasica e tripsinica e lesioni pancreatiche.

LIBEROPULO E. (Genova). — *Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche sull'infezione del Dengue in Grecia.* — L'O. mette in rilievo alcuni importanti dati clinici ed anatomopatologici, constatati durante la recente epidemia in Grecia.

PANSINI G. (Napoli). — *Adrepsia post-difterica di origine pancreatica.* — L'O. ha studiato 4 casi, sia dal punto di vista clinico che funzionale, ed in base a ricerche sperimentali ha potuto inficiare il pancreas nella patogenesi di questa sindrome.

CHIRULLI V. (Ceglie Nussapico). — *Epidemie influenzali ed esantematiche.* — L'O. espone alcuni suoi concetti sulla patogenesi e sulle cause della rapidità di diffusione di queste epidemie.

BORIO (Genova). — *La tubercolosi nei detenuti.* — L'O. espone i risultati di alcune sue ricerche eseguite in diversi reclusori, e porta interessanti statistiche per quanto riguarda la diffusione della tubercolosi fra i detenuti.

WEINBERGER M. (Genova). — *Intorno ad alcuni tentativi terapeutici sul diabete insipido.* — L'O. riferisce il caso di un uomo di 43 anni affetto da diabete insipido, sul quale fallite le altre terapie, fu tentata l'azione del Neptal, con i risultati sorprendenti sulla diuresi.

L'O. dai risultati ottenuti ne trae la conclusione che non in tutti i casi di diabete insipido la lesione è soltanto ipofisaria. Nella patogenesi della poliura tra i fattori periferici si deve dare pari importanza a quelli renali e a quelli extrarenali, come per i diuretici mercuriali non si può scindere l'azione renale da quella extrarenale.

PENDE N. (Genova). — L'O. prende la parola per ricordare alcune esperienze eseguite nella sua Clinica dal Dott. Cingnolini in casi di diabete insipido con la radioterapia delle ossa. Gli effetti sono stati buoni, perchè si è avuta a volte una diminuzione della diuresi da 12 a 3 litri. Sembra che la radioterapia, in qualunque punto appli-

cata, produce alcalosi del sangue e questo potrebbe spiegare il emccanismo d'azione nei casi di diabete insipido.

Bossa G. (Napoli). — *Il metabolismo del fosforo nel diabete florizinico.* — L'O. ha voluto studiare se sotto l'azione della florizina, durante lo stabilirsi della glicosuria caratteristica, si avessero anche perturbamenti nel ricambio del fosforo, analoghi a quelli che si producono nel diabete pancreatico. L'O. ha trovato quasi sempre un aumento del fosforo inorganico del sangue ed un aumento della escrezione dei fosfati nelle urine, alterazioni che sono state descritte anche in casi di diabete pancreatico. Tali osservazioni, unitamente alle alterazioni istologiche pancreatiche osservate nel diabete florizinico fanno pensare che molto probabilmente la florizina anzichè agire sulla escrezione del glucosio da parte del rene, turbi tutto il meccanismo di regolazione del ricambio degli id. di c.

Bossa G. (Napoli). — *Sulle asciti pseudo-chilose.* — L'O. ha studiato due casi di ascite pseudochilosa, entrambi di natura neoplastica.

In tutti e due i casi il contenuto in grasso del liquido non era sufficiente a spiegare l'aspetto opalescente, ed infatti esaminati al microscopio i liquidi, fu constatata un'enorme quantità di granuli minutissimi, animati da movimenti browniani non colorabili con i colori elettivi dei grassi. Il contenuto in proteine dei liquidi fu trovato in un caso del 35 per mille, nell'altro del 40 per mille. In base a tali dati si deve concludere che l'opalescenza dei liquidi esaminati non dipendeva dai grassi, ma doveva essere legata alle sostanze proteiche contenute.

Tremonti (Padova). — *Sinergismi farmacologici in animali a sangue caldo.* — In altri esperimenti su animali a sangue freddo l'O. ha mostrato la possibilità di veri e propri sinergismi farmacologici, ed ha definito il concetto di sinergismo e di potenziamento distaccandosi un poco dalle comuni vedute. Ora l'O. ha eseguito le esperienze anche su animali a sangue caldo (gatto, cane). L'azione dei farmaci è stata studiata negli effetti sul cuore e sui vasi. L'O. non ha ottenuto in queste prove fenomeni di potenziamento; al contrario hanno dato sinergismo le associazioni delle seguenti sostanze: adrenalina digitalina; adrenalina coramina; adrenalina caffeina; adrenalina clorofilla; adrenalina caffeina digitalina.

Capocaccia M. (Genova). — *Indagini cliniche e sperimentali sulla diagnosi biologica delle neoplasie.* — L'O. ha applicato la prova dell'enzimoreazione per la diagnostica delle neoplasie ed ha potuto vedere che essa dà risultati superiori a tutte le altre reazioni fin'oggi sperimentate.

Le risposte positive hanno valore pressochè assoluto mentre le risposte negative non escludono in modo certo la presenza di un aneoplasia.

Francaviglia A. (Napoli). — *Ricerche sulla genesi della iperglicemia pilocarpinica.* — L'O. ha studiato il modo di prodursi e di evolvere dell'iperglicemia pilocarpinica allo scopo di rischiarare la genesi di essa e può concludere che essa non è dovuta a secondaria eccitazione del simpatico in seguito ad aumento della adrenalinemia, ma bensì ad una diretta eccitazione del vago epatico, tanto più che essa si accompagna a segni indubbi di eccitazione vasale.

Caccuri S. (Napoli). — *La lipemia nell'arteriosclerosi dopo somministrazione di colesterina.* — L'O. in 6 ammalati affetti da arteriosclerosi avanzata, ed esenti da lues, ha ricercato il tasso delle varie lipine ematiche, studiando le modificazioni del quadro lipemico dopo ingestione di colesterina.

L'O. ha potuto notare il differente modo di reagire da parte del quadro lipemico dopo l'ingestione della colesterina, secondo che si trattava di individui in cui il tasso colesterinemico era normale o in aumento.

* * *

Sede del prossimo Congresso è stata scelta Roma.

I temi fissati sono:

1° *L'edema polmonare* (prof. C. Frugoni).

2° *Diagnosi differenziale fra nevrosi viscerali ed organopatie* (prof. N. Pende).

3° *Diagnosi e terapia delle Ematurie* (in comune con la chirurgia) (prof. A. Ferrata).

4° *Il servizio militare e l'indirizzo costituzionalistico in biologia ed in patologia* (magg. med. U. Cassinis).

A. Pozzi.

(Il resoconto della Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia è stato redatto in collaborazione con il dott. P. Valdoni).

XXXVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(*Continuaz. e fine; vedi N.* 46).

Seduta antimeridiana del 26 *ottobre.*

Presidenza: Prof. G. Tusini.

Comunicazioni varie.

Marinacci S. (Roma). — *Cisti ematiche del collo. Contributo.* — Illustra i dati anamnestici e i sintomi obbiettivi osservati. La cisti era situata fra i due capi di inserzione dello sterno-cleidomastoideo, aderiva alla giugulare interna con cui però non comunicava e da cui fu isolata. L'es. microscopico dimostrò l'origine della cisti da un tessuto cavernoso per progressiva usura dei setti delle singole lacune e fusione delle diverse cavità.

Vallebona A. (Genova). — *Sulla radiumterapia dei tumori della bocca.* — 3 anni di collaborazione radio-chirurgica.

Segale G. (Genova). — *Note sul trattamento di 82 carcinomi della bocca.* — I due OO. illustrano i risultati ottenuti con la radiumterapia nei tumori del cavo orale e concordano nella necessità di una intensa collaborazione tra chirurgo e radiologo per ottenere risultati sempre migliori.

Forni G. (Bologna). — *Asportazione di tumore primitivo del nervo ottico (glioma) nel suo tratto orbitale con conservazione del bulbo oculare.* —

Il tumore, in un bambino di 6 anni, fu asportato con la tecnica di Krönlein. Era un glioma astrocitario e l'asportazione precoce ha permesso di conservare il bulbo e di impedire la recidiva e la metastasi.

SIMEONI (Napoli). — *Asportazione di un ago conficcato accidentalmente nel ventricolo destro del cuore.* — Bambina di 2 anni. L'estrazione dell'ago, sotto lo schermo, fu eseguito con taglio parasternale sinistro dopo resezione della 4ª e 5ª cartilagine costale. Guarigione in 10 giorni.

GARGANO C. (Napoli). — *Di una speciale affezione della mammella di origine discheratosica con esito in atrofia.* — L'affezione si iniziò con una dermatite del capezzolo e dell'areola in una donna di 51 anni. La biopsia dimostra una affezione della cute a tipo discheratosico.

SCALONE I. (Milano). — *Le suppurazioni del polmone.* — Riferisce di 22 casi così ripartiti: 1) 3 casi di lobite diffusa ed ascessi multipli, nessun intervento, 2 guariti, 1 morto; 2) Ascesso chiuso a decorso acuto — 3 casi — 2 operati guariti, 1 non operato morto; 3) Ascesso polmonare subacuto o cronico fistolizzato — 9 casi — 5 non operati con 3 morti, 4 operati di cui 3 con la sola frenicotomia, 1 con apertura dell'ascesso e frenicotomia; 4) Ascesso aperto nella pleura, 2 casi; 5) Cisti suppurati del polmone, 2 casi; 6) Ascessi da propagazione di una suppurazione delle vicinanze. L'intervento diretto sul focolaio può dare la guarigione definitiva, le operazioni complementari dànno solo miglioramento. Più della frenicotomia è da preferirsi la toracoplastica.

SOLIERI (Forlì). — Una complicazione che può occorrere è un flemmone gangrenoso gassoso per embolia arteriosa periferica. In 2 casi che ha osservato ha ottenuto successo dall'iniezione di siero antidifterico.

ALHAIQUE (Napoli). — Ricorda la necessità di praticare esami batteriologici perchè molti casi sono dovuti a ifomiceti.

BRANCATI R. (Roma). — *Tre casi di liponecrosi della mammella.* — Illustra questi casi nei quali può rilevare tre stadi anatomo-istologici della lesione, dal reperto di necrosi del grasso con emorragie, alla comparsa di numerose cellule giganti, alla sclerosi connettivale. Rileva l'importanza clinica della lesione che viene ordinariamente confusa col cancro e l'interesse anatomico ed istologico, poichè anche con l'esame del pezzo e dei preparati istologici si può errare nella diagnosi differenziale, non solo col carcinoma alveolare ma con la tubercolosi. Fa notare che in tutti e tre i suoi casi esisteva uno stato polisarcico, una condizione che ha valore nella genesi. L'età era tra i 54 e 60 anni e quindi quella cosidetta cancerosa. In due pazienti esisteva il trauma che in un caso contribuì notevolmente al sospetto della diagnosi preoperatoria.

MINERVINI (Napoli). — Ricorda un caso che interpreta come liponecrosi e che finì con la suppurazione.

BARCO (Genova). — Ha osservato un caso di liponecrosi dopo iniezioni di vaccino antitifico (olio di vasellina).

GIOIA (Pavia). — Con l'estrazione della sostanza insaponificabile da nodi di liponecrosi spontanea ha ottenuto un idrocarburo saturo simile all'olio di vasellina.

TUSINI (Genova). — Accenna all'importanza dell'osservazione di Brancati e chiede dettagli istologici sulla conformazione delle cellule giganti.

CATTERINA (Genova). — Vorrebbe sapere lo stato delle linfoghiandole ascellari nei casi osservati.

BRANCATI (Roma). — L'evoluzione del processo può essere non solo la colliquazione con formazione di un liquido purisimile ma anche l'ulcerazione.

Nei casi osservati, le linfoghiandole erano ingrossate, mobili, molli e cosparse di nodi di grasso. Le cellule giganti possono essere scambiate solo a un primo esame con quelle di Langhans da cui differiscono per la conformazione, la disposizione dei nuclei, l'assenza del bacillo di Koch. Sono del tutto simili a quelle da corpi estranei e per quanto esistano cellule epitelioidi simili (lipoblasti) e cellule linfoidi non hanno mai una disposizione simile al tubercolo.

AGRIFOGLIO M. (Genova). — *Considerazioni sulla terapia delle affezioni infiammatorie delle vie biliari.* — Osserva come le colecistectomie possano dare dal 30 al 50 % di disturbi tardivi. Grande importanza hanno le infezioni croniche delle vie biliari specie da stafilococchi e la dilatazione del coledoco, epatico e delle prime vie intraepatiche nei casi a cistifellea alterata. Consiglia di praticare in questi casi una colecistostomia che sopprima la stasi e guarisca l'infiammazione della mucosa. Ottimi risultati si hanno associando il drenaggio a preparati acridinici.

BARCO P. (Genova). — *Ricerche su alcune modificazioni del ricambio dopo la derivazione completa della bile (Nota preventiva).* — Ha osservato in esperienze condotte con questo modo nei cani, che si manifesta uno stato acidotico progressivo che accompagna l'animale fino alla morte. Sono diminuiti il calcio, l'ac. lattico, la riserva alcalina, il pH orinario con un aumento degli acidi organici e variazioni minime a carico del potassio.

VELO C. A. (Padova). — *Ulteriori ricerche sulla funzionalità epatica nei colelitiasici.* — Ha grandissima importanza la prova di Rosenthal. In 20 paz. questa prova venne eseguita durante la colica e rilevò gravi alterazioni funzionali del fegato. L' O. mette in evidenza il grande rischio degli interventi nelle colecistiti a caldo.

SCANDURRA S. e GHIRON V. (Roma). — *L'azione della nicotina nell'ileo paralitico.* — Sperimentalmente la nicotina ha dimostrato di possedere la azione più efficace nell'ileo paralitico alla dose di 3-6 mmgr. inietata nel ganglio celiaco o in altri punti dello strato cellulare periaortico. Gli OO.

propongono di estendere questa pratica in clinica nei casi di ileo paralitico.

SOLIERI S. (Forlì). — *Ancora sulla sintonia patologica dell'addome destro.* — Questa non è da confondere con le perivisceriti adesive addominali o con la sindrome digestiva cronica dell'addome destro del Palmieri e Dalla Volta. Il taglio laparotomico da lui proposto permette di eseguire l'appendicectomia, la colecistectomia, la G.-E. Solo in un piccolo numero di sofferenti della sindrome dell'addome destro, esiste la perivisceritе adesiva dalla appendice alla sede colecisto-duodenale.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Valdarno). — *Come rispondo alla proposta del dott. Silvano Mossè dell'appendicectomia profilattica. Statistica personale. Coscienza appendicolare.* — È contrario all'idea del Mossè. Occorre diffondere largamente la conoscenza dell'appendicite perchè ogni caso sia portato subito all'operazione È fautore convinto del concetto di operare l'appendicite a qualsiasi stadio.

MOLÈ C. (Napoli). — *Ferita da punta e taglio al quadrante inferiore addominale destro.* — Praticò la resezione dell'epiploon e la riduzione del tenue erniatosi attraverso a una ferita da taglio. Guarigione.

MINERVINI R. (Napoli). — *Alcuni casi di cancro dello stomaco trattati con l'antiblastina.* — Illustrazione di casi clinici.

GIOIA E. (Pavia). — *Tecnica e risultati della gastroenterostomia e della resezione gastrica col processo di Tansini.* — I dettagli tecnici più importanti sono: 1) l'abolizione degli enterostati; 2) l'emostasi diretta; 3) un piano unico di sutura continua in seta. Con questi mezzi si riduce il pericolo dell'emorragia, si abbrevia l'intervento e si evita l'ulcera peptica. La mortalità è ridotta dal 26-22 % a 7-5 %.

PIGNATTI A. (Bologna). — *Sopra alcuni casi di diverticoli del duodeno.* — Quattro casi operati di resezione gastroduodenale. Localizzazione del diverticolo nella prima porzione con una sintomatologia da ulcera concomitante al diverticolo in 2 casi. Uno di questi conteneva semi ingeriti due mesi prima. Uno dei diverticoli era consecutivo a trazione da aderenze periduodenali, uno nettamente congenito. Insiste sulla patogenesi, specie delle forme concomitanti e ulcera.

CHIARELLO A. (Napoli). — *L'equilibrio elettrolitico del sangue nelle occlusioni intestinali.* — Il tasso del cloro diminuisce a un quarto dei valori iniziali, il sodio alla metà. Rimane una parte di sodio non legato al cloro e di cui non si conosce la destinazione.

PERROTTI G. (Napoli). — *Sulla influenza che alcune resezioni dei nervi estrinseci ed intrinseci dello stomaco possono esercitare in rapporto alla produzione dell'ulcera peptica postoperatoria. (Ricerche sperimentali).* — Ha praticato la resezione bilaterale sottodiaframmatica dei vaghi e la miotomia extramucosa perigastrica in casi operati di G. E. con esclusione pilorica. In 2 casi del secondo gruppo ha osservato la formazione di una ulcera peptica, mai in quelli del primo gruppo. Crede che si possa applicare nell'uomo la sezione sottodiaframmatica dei vaghi nelle ulceri duodenali lontane dal piloro associando questo intervento a una G. E. con esclusione pilorica; si eviterebbero così le ulcere peptiche postoperatorie.

FIGURELLI G. (Napoli). — *Sull'uso del cloruro di sodio ad alte dosi ed in soluzioni ipertoniche nelle occlusioni sperimentali alte.* — I risultati sono poco soddisfacenti; il periodo di sopravvivenza è prolungato solo di poco a differenza di quanto hanno affermato altri OO. L'O. discute a che si debba l'effetto benefico modesto ottenuto dall'uso delle soluzioni ipertoniche e quale via di somministrazione sia migliore.

Seduta pomeridiana del 26 ottobre.

Presidenza: Prof. TUSINI.

(*Seguono le Comunicazioni varie*).

TINOZZI F. P. (Napoli). — *Ipersplenia; ricerche sperimentali.* — Ha provocato l'ipersplenismo iniettando una milza o iniettando tessuto splenico e ha osservato nel primo tempo fatti di emolisi e nel secondo tempo fenomeni che interpreta come dovuti a una iperfunzione splenica per eccitazione funzionale dal trapianto. Si ha di conseguenza una linfocitosi e una eritrofagocitosi accentuata per opera di tutto il reticolo-endotelio.

Discussione:

PACETTO (Roma). — Ha ottenuto risultati simili con l'iniezione di autolisati splenici omologhi. L'osservazione di osteoclasti nel callo osseo in un'epoca nella quale non si osservano negli animali, depone per una eccitazione del sistema reticolo-endoteliale.

CASCINO R. (Modica). — *Raro caso di amartoma del diverticolo di Meckel.* — L'interesse del caso, oltre alla rarità dell'affezione, è notevole per una sintomatologia di miglioramenti e peggioramenti nel decorso di una occlusione intestinale. Il reperto istologico illuminò il meccanismo dello strozzamento intestinale.

PACETTO G. (Roma). — *Influenza della milza sul processo di guarigione delle fratture. (Ricerche sperimentali).* — Ha studiato l'evoluzione di fratture chiuse in animali giovani della stessa nidiata dividendoli in 3 gruppi: 1) splenectomizzati; 2) sani di controllo; 3) ipersplenizzati con iniezioni di autolisato splenico. Conclude che la milza influenza il ricambio del calcio e che gli autolisati splenici favoriscono il processo di guarigione delle fratture accelerando l'ossificazione del callo.

MONTANARI E. (Monciano). — *Interventi radicali dopo operazioni incomplete per appendicite acuta e peritonite circoscritta.* — È intervenuto in 4 casi di individui già appendicectomizzati per la rimozione di briglie e aderenze che in un caso

avevano determinato un'occlusione. Crede che si debba intervenire nelle appendiciti a freddo perchè così si potrà provvedere anche alla rimozione di quelle condizioni morbose (briglie, ecc.) che l'attacco ha determinato.

Cusani M. (Napoli). — *Alterazioni consecutive alla introduzione di corpi estranei nel bacinetto renale. (Ricerche sperimentali).* Alcuni dei corpi estranei si sono eliminati, altri sono rimasti liberi nel bacinetto, altri ancora hanno aderito alla parete. Le sole alterazioni anatomo-istologiche riscontrate sono ridotte a un processo reattivo del bacinetto.

Cilento M. (Napoli). — *Le localizzazioni nei reni, funzionalmente affaticati nel corso di setticemie stafilococciche sperimentali.* — In queste condizioni si possono avere localizzazioni in corso di setticemie a germi anche attenuati che altrimenti non si avrebbero.

Latteri S. (Palermo). — *Contributo clinico e ricerche sperimentali sulla patogenesi delle cisti solitarie del rene.* — Ha operato un caso di cisti solitarie del rene con l'escissione delle cisti. Ha eseguito ricerche sperimentali praticando in cani una nefrectomia e introducendo nel parenchima del rene opposto un pezzetto di mucosa del bacinetto dell'organo asportato. Ha ottenuto in alcuni casi delle vere cisti.

Bonsanti P. (Firenze). — *Tumori della mammella con speciale riguardo alle lesioni precancerigne.* — In giovanette puberi ha osservato piccoli tumori molli, rosei che istologicamente presentano una struttura speciale dell'epitelio e formazione di papille. Questi tumori costituiscono un pericolo per l'ulteriore evoluzione maligna di un tessuto che potenzialmente appare blastomatoso. Ricorda anche certi tumori a tipo di cisti con contenuto sieroso od ematico in cui l'esame istologico ha dimostrato la presenza di connettivo denso, ialinizzato, con infiltrazioni cancerigne molto rare.

Egidi G. (Roma). — *Resezione gastrica per via superiore.* — Illustra con dettaglio la tecnica seguita. Prende l'ansa digiunale attraverso una breccia del mesocolon fatta senza spostare il colon. Pratica sempre l'anastomosi col digiuno e illustra un caso di gastrectomia totale per cancro eseguita con questa tecnica.

Chiarolanza (Napoli). — Ricorda che la tecnica comune del Polya è stata modificata da Balfour. Il punto invergente di O' Connel è stato migliorato da quello del Soresi.

Solieri (Forlì). — Preferisce l'anastomosi con il digiuno in senso trasversale alla Hansch. In un caso così operato e relaparotomizzato ha trovato che stomaco e digiuno avevano preso la forma di un imbuto con facile e rapido svuotamento gastrico.

Biancardi S. e Biolato D. (Torino). — *Gli effetti della chiusura della vena dell'arto sulla pressione a valle della legatura dell'arteria.* — Per l'allacciatura della vena non si verifica in nessun senso una modificazione della pressione periferica dell'arteria.

Pazienza M. (Napoli). — *Su di un raro caso di saccaromicosi.* — Illustra un caso di localizzazione sulla gamba destra in cui le più diverse cure risultarono senza effetto.

Rallo A. (Napoli). — *Influenza delle sottrazioni di sangue sul processo di riparazione delle fratture.* — In questi casi il processo riparativo è più precoce e più intenso. L'O. illustra il meccanismo patogenetico.

Proto M. (Napoli). — *Sul valore diagnostico della velocità di sedimentazione degli eritrociti nei tumori maligni.* — I risultati statistici dimostrano una importanza limitata di questa ricerca nella diagnosi di tumore maligno.

Guerriero (Napoli). — *Ricerche sulla reazione istogena nell'etero-trapianto di tumori sperimentali.* — Ha eseguito trapianti eterologhi di tumore nel tessuto cerebrale con esito positivo (rattotopo) mentre non si ottengono in altre sedi. Tumori di topo avvolti in membrane di collodion e trapiantati sotto la cute nel coniglio, dopo parecchi giorni, per quanto gli elementi cellulari sieno tutti morti, riproducono il tumore se riportati nel topo.

Brancati (Roma). — Ricorda le sue esperienze oggi ripetute dall'O. sul facile attecchimento dei trapianti tumorali nel cervello, ricco di colesterina e con scarsa reazione linfocitaria; quelle sulle reazioni leucocitarie provocate dall'acido nucleinico; le più recenti sulla colesterina. Aggiunge che nei suoi tentativi di innesto di tumori umani nel cervello dei ratti ha avuto risultati negativi, perchè al mancato attecchimento devono concorrere oltre alla reazione linfocitaria altre ragioni dovute ai plasmi che non sono adatti alla vita degli elementi eterogenei.

Tinozzi (Napoli). — Rileva l'importanza della scala di recettività tumorale fatta dal Brancati e ricorda le esperienze sue e di altri di esiti positivi con il trapianto di organi di animali portatori di tumori.

Marroni C. (Roma). — *Tubercolosi esterne e lupus nel mio trattamento specifico.* — Ha trattato con successo queste forme con un metodo di cura personale.

Cataliotti F. (Palermo). — *Ricerche sperimentali sulle alterazioni istologiche provocate dalla « Monilia Fioccoi ».* — Ha ottenuto quasi sempre processi infettivi generalizzati, uno solo localizzato con l'iniezione diretta nel fegato.

Trivellini A. (Torino). — *Contributo allo studio dei riflessi vaso motori in varie forme morbose.* — Ha trovato il riflesso invertito in 35 casi su 72 è in 15 casi solo sull'arto sottoposto a stimoli termici e meccanici. Il riflesso invertito si presenta solo in un senso unico e costante.

Trinchera C. (Bari). — *Chemioterapia e sistema reticolo-endoteliale nella tubercolosi sperimentale.* — Ha studiato l'azione della citoretina e del collargolo; assegna alla prima un'azione stimolatrice sul reticolo-endotelio e crede che realmente questa sostanza abbia speciali vantaggi nella tubercolosi sperimentale.

RUSCICA G. (Roma). — *Contributo allo studio delle tubercolosi sperimentali atipiche.* — Ha ottenuto queste lesioni nella cavia inoculando B. di Koch di varia origine. Illustra con numerose proiezione le lesioni osservate e ne indaga il meccanismo. Le osservazioni sono di notevole interesse scientifico e pratico.

SACERDOTE G. (Padova). — *Gli agenti della gangrena gassosa nella pratica civile.* — Queste sono le tre specie di anaerobi patogeni osservati durante la guerra; la più frequente il perfringens, poi il vibrione settico e il B. di Novy.

BIOLATO B. e BIANCARDI S. (Torino). — *La ricerca dell'adrenalina nel sangue dell'uomo col metodo del preparato di rana.* — Nel sangue periferico umano, l'adrenalina, se pur esiste, non è dimostrabile.

ROSSI C. (Bari). — *Sulla sopravvivenza dei leucociti nelle affezioni chirurgiche.* — Nelle forme croniche vi sono piccole variazioni dal normale, in quelle acute febbrili la sopravvivenza è diminuita se vi è suppurazione, negli altri casi aumentata. Nei tumori maligni c'è una diminuzione, nel periodo postoperativo, sempre un aumento. La ricerca ha scarso valore prognostico e diagnostico.

CHIAROLANZA (Napoli). — *Sul morbo di Still.* — L'O. parla di questa sindrome clinica illustrandone e discutendone un caso clinico con documentazione radiografica.

ZANARDI F. (Torino) — *Il significato fisiologico e valore chirurgico dell'anastomosi artero-venosa.* — Afferma che il sangue arterioso si arresta dopo breve tratto perchè non supera la resistenza delle valvole; che la via di deflusso sufficiente è rappresentata dal sistema venoso collaterale; che la trombosi costituisce l'esito più frequente dell'intervento.

TONOSOTTI T. (Sampierdarena). — *Considerazioni cliniche sopra un caso di sarcoma del radio.* — Presenta un caso di resezione con ottima funzionalità.

ROLLO S. (Napoli). — *Sulla evoluzione dei trapianti di cartilagine.* — Dallo studio istologico deduce che la cartilagine trapiantata muore; si può infiltrare con sali calcarei ma di solito si dissolve e viene riassorbita con sostituzione connettivale.

CARMONA L. (Palermo). — *Sopra un caso di teratoma.* — Il teratoma era localizzato al sacro e presentava interessanti dettagli radiologici sintomatologici e anamnestici.

CATTERINA A. (Genova). — *Ernia omentale - Torsione dell'omento - Tumore consecutivo.* — Il caso clinico ha presentato particolare interesse per la tumefazione prodottasi secondariamente e che l'O., dopo accurati esami istologici, classifica come dovuta a uno stato elefantiasico della cute.

CATTERINA A. junor (Genova). — *Considerazioni cliniche su 100 casi di appendicite acuta trattati chirurgicamente.* — Segue il concetto di operare d'urgenza entro le prime 48 ore dell'attacco. Dopo preferisce l'intervento a freddo sorvegliando sempre il malato e intervenendo appena si verifichi un peggioramento.

COMOLLI (Firenze). — *Neurotizzazione di innesti di tessuto muscolare in muscolo striato.* — Ha ottenuto l'attecchimento dell'innesto muscolare con neurotizzazione dell'innesto da parte del proprio nervo, con formazione di espansioni terminali. L'importanza della neurotizzazione sta nel mettere rapidamente il tessuto in condizioni di funzionare.

LUSENA (Genova). — *Colecistogastrostomia indiretta.* — Ha studiato sperimentalmente e applicato in un caso questo metodo di stomia che viene eseguita mettendo in comunicazione i due organi estraperitonealmente, con tubo di pelle.

BARTOLI (Firenze). — *Sui corpi mobili articolari di origine sinoviale.* — Studio istologico sulla origine e la patogenesi dei corpi mobili.

MAGIULO (Firenze). — *Sulle calcificazioni ed ossificazioni post-traumatiche.* — Riferisce alcuni casi consecutivi a traumi portando un contributo istopatologico alla patogenesi di queste alterazioni.

MARRO (Torino). — *Tre diverse forme di carenza ovarica curate con omoinnesto.* — Nel primo caso si trattava di una involuzione precoce con amenorrea, nel secondo di turbe nervose e debolezza consecutiva a castrazione, nel terzo di m. d. Reklinghausen. Ha ottenuto sempre successo.

LORENZETTI (Milano). — *La dilatazione acuta postoperatoria dello stomaco trattata mediante digiunostomia.* — Illustrazione del caso clinico con esito in guarigione. Le stomie e le anastomosi gastriche non dànno buoni risultati per la atonia della parete gastrica.

ALBERTI (Reggio Calabria). — *Su di un voluminoso aneurisma del poplite originario dell'arteria articolare inferiore laterale del ginocchio.* — Trauma precedente in soggetto arteriosclerotico. Asportazione del sacco.

FASIANI G. M. e OSELLADORE Q. (Padova). — *Nuovi risultati di riproduzione sperimentale dei noduli di Gamna.* — Associando la diatermocoagulazione alla stasi venosa della milza gli OO. hanno riprodotto tipici noduli di Gamna. In base a questi risultati gli OO. ritengono di aver definitivamente risolto il quesito del significato dei noduli assegnando ad essi l'interpretazione degenerativo-pigmentale data dal Gamna.

BRANCATI R. (Roma). — *Un nuovo modello di passalacci per legature doppie.* — Con l'istrumento che ha fatto costruire si rende pù facile e rapida la giusta apposizione dei lacci e diventa impossibile un intrecciarsi del nodo.

* * *

Alla fine della **prima seduta il** Prof. R. Alessandri (Roma) fece proiettare due films cinematografiche di operazioni eseguite dall'Istituto L. U. C. E. nella sua Clinica. Nella prima illustrò una resezione gastro-duodenale su ulcera gastrica e duodenale seguita da gastro-digiunostomia preco-

lica (Billroth II, metodo Polya-Balfour), nella seconda una resezione gastroduodenale per ulcera iuxta-pilorica con consecutiva gastro-duodenostomia latero-laterale posteriore (Billroth I, metodo v. Haberer modificato). La proiezione fu nitidissima e chiara anche nel dettaglio. Le films sono di gran lunga le migliori fra quelle prodotte fino ad oggi all'estero.

* * *

Il tema di relazione per il prossimo Congresso è: *Trattamento dei traumi cranio-cerebrali esclusi quelli d'arma da fuoco.*

Il tema in comune con la Società di Medicina Interna è: *Ematuria. Diagnosi e cura.*

* * *

Il prossimo Congresso sarà tenuto nell'ottobre 1930-VIII a Roma. Il Comitato è così composto: Presidente Prof. R. ALESSANDRI (Roma; Vice-Presidenti Proff. G. M. FASIANI (Padova) e G. EGIDI (Roma); Consiglieri: Proff. G. D'AGATA (Messina) e D. CASELLA (Roma).

VALDONI.

COMMENTI.

Sulla resezione dello stomaco per via superiore.

Al Congresso della Società Italiana di Chirurgia che ha avuto luogo in Genova sullo scorcio del passato mese di ottobre io ho comunicato un modo di raggiungere la parte iniziale del digiuno, nel corso di una resezione gastrica, consistente in ciò.

Dopo aver troncato il duodeno e rovesciato lo stomaco verso sinistra, si perfora il peritoneo dove il margine inferiore del pancreas incrocia la faccia sinistra della colonna vertebrale e si trova il punto ove l'estremo del duodeno passa nel digiuno. La fissità del duodeno assicura il reperto.

Tutta l'operazione della resezione dello stomaco tipo Billroth II si svolge perciò senza estrarre il colon trasverso dalla ferita addominale e senza compiere alcuna manovra sotto di esso. Poichè non si esce dal distretto superiore del ventre, parlai di resezione dello stomaco per via superiore. Ed illustrai con proiezioni questo ed altri particolari.

Il prof. Chiarolanza disse che quanto io avevo comunicato riguardo alla via superiore era già scritto ed illustrato nei libri del Pauchet e che quanto io avevo detto riguardo alla sutura dei visceri era dovuto al Soresi.

Il prof. Chiarolanza fu così reciso nelle sue affermazioni che, prima di rispondere, ho dovuto consultare tutto Pauchet. Nei libri del pregiato Autore francese ho trovato molte cose interessanti; vi ho trovato anche quanto è attribuito al Soresi riguardo alle suture viscerali.

Ebbene:

1) Non v'è alcun cenno della ricerca dell'ansa duodeno-digiunale nel punto da me indicato.

Descrivendo la gastroenterostomia transmesocolica distingue un modo di operare per via inferiore ed uno per via superiore.

Il primo è quello abituale che consiste nel far discendere attraverso il mesocolon un tratto di stomaco; il secondo nel far salire attraverso il mesocolon un'ansa di digiuno.

Questo secondo modo può essere seguito quando si sia trovato opportuno aprire la cavità degli epiploon. Lo scollamento del grande epiploon dal colon trasverso, secondo il modo di Pauchet, lo consente.

Ma ciò che io ho detto è cosa diversa.

Anzitutto io parlo di resezioni. E in tutte le resezioni seguite da riunione transmesocolica la congiunzione del digiuno allo stomaco si è sempre fatta per via superiore (nel senso del Pauchet), per la semplice ragione che la riunione per via inferiore sarebbe una stranezza che nessuno, credo, abbia mai pensato. E di fatti nemmeno il Pauchet distingue una resezione per via superiore da una per via inferiore. Egli, che è stato per lungo tempo favorevole alla riunione per via antecolica, nel 1929 (*La pratique chirurgicale illustrée*, fasc. XIV, pag. 129) dice che, solo dopo aver ricorso al processo di chiusura della breccia mesocolica per via superiore, preferisce la riunione transmesocolica.

Ma io, anzichè di chiudere la breccia mesocolica, parlavo di aprirla e davo dei punti di repere anatomicamente sicuri per trovare l'inizio del digiuno.

E mi pareva che pregio della cosa fosse, se ve n'è alcuno, da una parte la speditezza della ricerca, dall'altra la possibilità di non rimuovere affatto il colon trasverso dalla sua sede e di non fare alcuna manovra sottocolica.

Se così non fosse, ricercare il digiuno da sopra o da sotto il colon sarebbe indifferente e parlare di resezione per via superiore sarebbe ozioso.

In ogni modo la figura di Pauchet nella quale è illustrata la via superiore (fasc. X, pag. 132, fig. 93) mostra precisamente il contrario di quanto io intendo, cioè un colon trasverso sollevato dalla mano dell'operatore. Ma, come ho detto, si tratta di cosa diversa.

2) Le figure nelle quali è illustrato il modo consigliato dal Soresi per eseguire le suture intestinali (fasc. V, pag. 140-153) sono completamente diverse dalle mie.

Il lettore al quale interessi la cosa può confrontarle con quelle che verranno pubblicate negli Atti del Congresso.

Dott. GUIDO EGIDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Etiologia microbica del beri-beri?

Sotto la direzione del prof. Susumu Matsumura, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Chiba, nel Giappone, un gruppo numeroso di ricercatori, partendo da considerazioni epidemiologiche, ha compiuto in questi ultimi tempi indagini sia sperimentali che cliniche sulla causa presunta del beri-beri o « kakkê » e se le loro deduzioni saranno confermate da altri ed in altre località, dovremo ascrivere l'affezione in discorso ad una origine microbica (*Rev. med. cir. do Brasil*, maggio 1929), rigettandone l'eziologia carenziale o, per lo meno, considerando la carenza di vitamina B solo come causa predisponente.

In diverse regioni (Giappone, Cina meridionale, Indocina, Giava, Stati Malesi) sono stati osservati fatti epidemiologici incontestabili, i quali indurrebbero a ritenere che il beri-beri si comporti alla guisa di molti morbi epidemici a prevalente sede intestinale. I casi di « kakkê » si verificherebbero principalmente in estate, quando cioè predominano turbe dell'intestino e dalla gente di basso ceto si fa maggior uso di erbaggi freschi, che non nell'inverno, quando è predominante l'alimentazione col riso e le affezioni enteriche sono andate epidemiologicamente decrescendo; non esisterebbe alcuna relazione statistica fra il numero dei casi di beri-beri e l'alimentazione risicola; l'affezione irromperebbe talvolta epidemicamente in particolari località, come bassure, zone rivierasche, ecc. senza plausibile nesso col regime alimentare, come pure si diffonderebbe in certi casi solo ad agglomerazioni peculiari: prigioni, manicomi, collegi, fabbriche, ecc., senza che altre agglomerazioni simili, gestite amministrativamente allo stesso modo, siano colpite da beri-beri; un beri-berico, traslocandosi in località sino allora immune da « kakkê », costituirebbe sovente l'inizio d'un focolaio epidemico dello stesso morbo; similmente ad altre malattie epidemiche, anche per il beri-beri si osserverebbero incidenze variabili da un anno all'altro e si dovrebbe ammettere pure l'intervento di fattori predisponenti (sforzi fisici, strapazzi alimentari, sonno insufficiente, ecc.).

Ora, i suddetti ricercatori, in seguito ai loro ben condotti studi, ammetterebbero come la causa della *polyneuritis gallinarum* e rispettivamente del beri-beri umano, risieda in un bacillo specifico (*bacillo del kakkê*), mentre il regime alimentare deficiente (riso brillato) costituirebbe solamente un eventuale fattore predisponente all'infezione.

Le indagini in questione portarono all'isolamento del suddetto bacillo dalle feci dei beri-berici, nel 74 % dei casi, mentre in individui normali venne riscontrato solo nella proporzione dell'1 % circa. Gli AA. dànno i caratteri differenziali di tale microbio, appartenente al gruppo del coli-bacillo, e particolarmente lo differenziano dal bacillo di Durham (gruppo *communior*) mediante le rispettive capacità di fermentazione degli idrati di carbonio. Ne hanno anche formato oggetto di esperienze in galline e colombi, riuscendo a determinare in questi i sintomi classici polinevritici, mediante infezione per via orale. Il siero degli individui colpiti da beri-beri, come pure quello degli animali sperimentalmente beri-berici, hanno mostrato potere agglutinante ad un titolo elevato di fronte al bacillo specifico.

TEGONI.

L'infezione di "Bacillus abortus„ nell'uomo.

Dopo le scoperte fondamentali di Bang (1896) e di Bruce (1887) numerosi AA. hanno riscontrato la presenza di questa e quell'infezione in varie parti del globo. Gli inglesi e gli americani hanno portato un ricco contributo a tali ricerche, ed il Thompson (*The Lancet*, n. 296, 1929) ricorda i risultati ottenuti da Cotton, Kennedy, Smith, Evans, ecc. Quest'ultimo trovò una grande difficoltà nel distinguere il B. melitense dal B. aborto: Meyer e Shaw affermarono che la causa della febbre ondulante nell'uomo non può essere distinta da quella che provoca gli aborti negli animali domestici; secondo Duncan e Orpen, il b. abortus era la causa della febbre ondulante della Rodesia: in un caso di febbre ondulante in Inghilterra si ebbero agglutinazioni per il b. melitense e per il b. abortus.

Barrett-Smith combattè la teoria che il b. melitense e l'aborto fossero lo stesso organismo modificato nella virulenza per il passaggio traverso diversi animali; agglutinazioni per l'aborto furono ritrovate nel sangue di un malato che beveva solo latte di vacca (Bamforth); 7 casi d'infezione da b. abortus nell'uomo furono descritti in America (Sensenich) e 5 in Germania (Habs).

L'A. giunge pertanto alle seguenti conclusioni: 1) in ogni caso di febbri prolungate a causa oscura, saggiare le agglutinazioni per il b. di Bang; 2) l'esame del sangue, nell'infezione da b. abortus, dimostra leucopenia con linfocitosi relativa; 3) le vacche sono gli unici agenti dimostrabili di trasmissione; 4) s'indaghi sull'anamnesi in una eventuale epidemia di aborti tra le vacche della regione; 5) la malattia va per le lunghe ma la prognosi è buona; 6) le varie misure terapeutiche, compresi i vaccini, sono inefficaci.

Al fine di mettere in evidenza la possibile esistenza dell'infezione da b. di Bang in Inghilterra, due medici inglesi (Harrison and

Wilson, *The Lancet*, 26, 1929) hanno sottoposto alla ricerca sistematica delle agglutinazioni i sieri inviati al laboratorio della Sanità pubblica di Manchester dall'aprile all'ottobre 1927, per la R. W. o per la Widal, in cui tali ricerche fossero negative.

Essi hanno trovato, su 1010 sieri, complessivamente, 12 sieri che hanno agglutinato ad alte concentrazioni il b. Bang: 11 volte si trattava di uomini affetti da affezioni febbrili prolungate e di causa oscura.

La conclusione di questi AA. è quella stessa del Thompson.

Cfr. anche fasc. 27, p. 975.

V. SERRA.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome enterovescicolare nella litiasi biliare.

Prado Tagle (*Archiv. d. malad. de l'app. digest. et de la nutrition*, v. XVIII, n. 5, 1928) basandosi sullo studio di 200 malati nega il valore della ipercolesterinemia (Chauffard) come genesi della litiasi biliare, poichè ha trovato molti ipercolesterinemici che non sono litiasici e perchè sostiene che se aumenta la colesterina, aumenta anche la quantità dei coleati che la tengono disciolta. Egli ammette solo l'*origine infettiva ematogena per via portale*: i germi dall'intestino passerebbero al fegato. Clinicamente questo concetto è basato sulla frequenza dei disturbi intestinali come precursori della litiasi epatica: tanto che l'A. parla di una tappa intestinale che precede la tappa vescicolare; ambedue insieme costituiscono quella che egli chiama sindrome enterovescicolare della litiasi biliare.

Questa concezione orienta la profilassi e la dietetica ben diversamente da quanto fa Chauffard che cerca di combattere l'ipercolesterinemia, il che, del resto, secondo Bennett sarebbe impossibile. L'A. prescrive di evitare le putrefazioni, regolarizzare le evacuazioni intestinali, diminuire l'obesità ed il lavoro del fegato, onde dieta idrocarbonata, vegetariana, con piccole quantità di albumine e di grassi, e con ingestione abbondante di acqua. Consiglia riposo, rettoclisi glucosate isotoniche, solfato di magnesia. Crede inutile il salicilato e l'urotropina di cui nega l'azione anti-infettiva poichè afferma che viene eliminata senza scindersi.

L. TONELLI.

Le piloroduodeniti nelle colecistiti.

Le modificazioni del quadrivio piloro-duodenale, che possono presentarsi nel decorso delle colecistiti sono numerose: dal semplice cambiamento di forma dell'antro pilorico o del bulbo, fino alle modificazioni più profonde, quali le aderenze intime del duodeno e della cistifellea, con ulcera del piloro e del duodeno, insieme a litiasi biliare e grosse lesioni di colecistite.

La deformazione pura e semplice, come rileva R. Wodon-Dufrane (*Bruxelles médical*, 7 aprile 1929) è di diagnosi abbastanza agevole, in quanto che l'aspetto radiologico è ben netto e la sintomatologia bene studiata. Ma vi sono talvolta dei disturbi piloro-duodenali, in cui la sintomatologia si confonde con quella della cistifellea: reazioni infiammatorie non più peritoneali, ma della mucosa piloro-duodenale, vere piloro-duodeniti, le quali presentano caratteri simili a quelli dell'ulcera piloro-duodenale e la diagnosi ne può essere difficile.

Clinicamente, si tratta di malati dimagriti, astenici, che vanno soggetti a frequenti emicranie, a dolori tardivi 1-2 ore dopo i pasti, con predominanza dolorosa notturna, con iperacidità, un po' di secrezione gastrica a digiuno, molto ipercloridrica, talora con emorragie occulte.

Radiologicamente, mancano i segni netti di ulcera, ma però, l'aspetto dell'antro pilorico e del duodeno non è del tutto normale. La sede imprecisata del dolore fa esitare la diagnosi; in generale, allo schermo, si trova una sensibilità diffusa in tutta la regione vescicolo-duodenale; si palpa un antro pilorico doloroso, come pure il bulbo e la seconda porzione del duodeno. Questi malati non hanno mai presentato delle coliche epatiche nette, non hanno mai avuto ittero. Le urine contengono appena dei pigmenti biliari.

Quando si sottopongono al trattamento dell'ulcera (regime latto-vegetariano, medicazione neutralizzante, belladonna) essi hanno sul principio un leggero miglioramento, che rimane stazionario fino al giorno in cui si pratica la colecistectomia; appena fatta questa, non accusano grandi vantaggi, ma in seguito migliorano e, dopo qualche mese, sono del tutto guariti.

I segni di queste piloro-duodeniti sono i seguenti: Il dolore si ha lontano dai pasti, dopo 2-3 ore, sia nel pomeriggio che all'inizio della notte; raramente, si ha il dolore ultratardivo. Ha sede al cavo epigastrico, non mediano, ma nettamente verso destra. I vomiti, incostanti e raramente alimentari, dànno al malato un sollievo. Pirosi e rigurgito di un liquido caldo ed acido. Talvolta si ha iperacidità del succo gastrico, non però tanto fissa come nell'ulcera; è quasi costante un certo grado di ipersecrezione a digiuno. Generalmente assenti le emorragie, talora però la ricerca del sangue occulto riesce positiva.

In complesso, si tratta di una sintomatologia simile a quella degli epatici leggeri: sensazione di fatica, migliore sensazione della vita verso sera, reazione leggera ma costante dei pigmenti biliari nell'urina. Poi, si hanno i disturbi duodenali e pilorici: dolori ad ora fissa, a predominanza notturna, dapprima intermittenti, poi giornalieri, emicranie, aspetto intossicato, dimagrimento, emorragie occulte.

La presenza di queste complicazioni impone, dopo la colecistectomia, il trattamento adatto (regime latto-vegetariano, neutralizzanti, belladonna) se si vuole ottenere la guarigione completa.

fil.

Coleperitoneo idatideo.

Questa forma morbosa è caratterizzata dalla raccolta intraperitoneale di una bile non virulenta, versatasi nell'addome per la rottura di una cisti da echinococco. Essa passa spesso ignorata anche perchè esistono molte forme larvate o attenuate. Caratteri fondamentali di questo coleperitoneo sono: la puntura o l'operazione danno liquido biliare, non virulento, che si incista per reazione peritoneale plastica, che non occupa tutto l'addome ma è subtotale, periviscerale; l'affezione ha un andamento torpido. Esso può insorgere spontaneamente o postraumatico; in questo caso si produce d'*emblée* od è ritardato. Può presentare ricadute o recrudescenze.

Devé (*Revue de Chirurgie*, vol. LXVII, n. 4, 1928) descrive esattamente le sue conseguenze lontane. Dopo avere insistito sul fatto che è sempre periviscerale, e tende a raccogliersi nella metà destra dell'addome, ricorda che un esito può essere il riassorbimento; possono però residuare delle nodosità intraperitoneali contenenti ammassi di pigmenti biliari e residui di cuticola idatidea. Segue per lo più una coleperitonite plastica benigna; qualche volta però non vi è completa asepsi batteriologica e si ha un decorso subacuto, si può avere perfino formazione di gas.

Anche alcune forme di ascite pseudochilosa non sarebbero che dei lipocoleperitonei idatidei con quantità di grasso talora notevoli.

Delle cisti idatidee viventi possono sopravvivere nel coleperitoneo. Sono state descritte delle cisti preperitoneali come delle cisti della parete addominale; l'A. ritiene che siano invece delle cisti intraperitoneali secondarie nelle quali il peritoneo parietale forma d'*emblée* la parete propria. Il legame comune di tutti questi fatti sarebbe, secondo l'autore, un versamento di bile nel peritoneo per rottura intraaddominale di una cisti da echinococco del fegato.

L. TONELLI.

Trattamento della litiasi biliare.

Dreyfus (*Paris Méd.*, 18 mag. 1929) ricorda l'importanza delle infezioni tonsillari e dentarie nella genesi delle affezioni biliari. Essa venne segnalata da Schönduhe, Kugelmann ecc.

Prima condizione di un trattamento profilattico e curativo è dunque di sorvegliare lo stato delle tonsille e dei denti.

Nella maggioranza dei casi di litiasi biliare, si è accertata la presenza *in sito* di germi patogeni, come stafilococchi e streptococchi (Sprecht, Gandermann ecc.). Quindi parrebbe logico l'impiego di antisettici delle vie biliari. Se non che difficilmente gli antisettici raggiungono le vie biliari. Così l'aspirina, il salicilato di sodio, somministrati *per os*, non si ritrovano mai nella bile; la tripaflavina, il coleval, l'urotropina solo qualche volta e solo in tracce.

È vano pensare che si possano sciogliere i calcoli già formati.

Ciò che di più pratico si può fare, è di favorirne l'eliminazione. I colagoghi più semplici e sicuri sono il solfato di magnesia e il peptone; isolatamente agiscono poco, ma somministrati insieme si mostrano efficaci.

Per mezzo di un'alimentazione adatta, si è cercato di ridurre la formazione dei calcoli. Si era pensato che i grassi fossero nocivi, perchè generano colesterina; ma dopo i lavori classici di Chauffard, vengono permessi: anzi, risulta che in piccole quantità attivano l'evacuazione della cistifellea. Sono specialmente raccomandabili il burro, la panna, l'olio di oliva. È dubbio che i cibi ricchi di colesterina, come il tuorlo d'uovo e il cervello, riescano nocivi.

Conviene solo evitare che i pasti siano copiosi e che provochino indigestioni, perchè allora facilitano le infezioni e turbano la cinesi della cistifellea; si sono raccomandati, invece, pasti leggeri e piuttosto frequenti. Sono da evitare le bevande molto fredde, perchè in grado di provocare spasmi riflessi e, quindi, le coliche. Alcuni caratteri di queste ricordano l'anafilassi; perciò si raccomanda di sorvegliare l'ingestione delle proteine: evitare quelle mal tollerate, chè presumibilmente sono in grado di scatenare uno *shock* anafilattico.

Contro la colica in atto le applicazioni caldo-umide, rilassando il tono dei muscoli lisci delle vie biliari, recano un sollievo manifesto. Gli analgesici *per os* sono poco attivi: si deve ricorrere alle iniezioni. La morfina viene oggi associata con vantaggio all'atropina. Pal raccomanda la papaverina (in forma di cloridrato, alla dose di g. 0,01, sotto cute). Lawen inietta novocaina-adrenalina, a destra della 9ª e 10ª vertebra dorsale. Contro i deliqui, i quali sono frequenti nel corso delle crisi, giova la canfora. Sono sconsigliabili gli antitermici, anche in caso di febbre persistente.

Passato il dolore, conviene provvedere ad evitare la coprostasi prodotta dai narcotici somministrati; all'uopo basta un purgante. Si eviterà tuttavia il calomelano, perchè l'intestino, reso paretico dal narcotico, può assorbirlo, e ne deriverebbe un'intossicazione idrargirica.

Le cure successive sono quelle sopra esposte.

L'intervento chirurgico si giustifica nelle infezioni acute, quando v'è partecipazione del peritoneo o si dichiarano sintomi d'occlusione. Questo intervento va preparato con una cura insulinica (cmc. 10-20 d'insulina e g. 50 di glucosio).

L. V.

L'avvenire delle colecistiti croniche trattate con l'esametilentetramina endovenosa.

Minet (*Rev. mal. du foie, panc. et rat.*, n. 3, 1929) riferisce i risultati ottenuti, dal 1920, con le iniezioni endovenose di esametilentetramina (urotropina) nelle colecistiti croniche, ben inteso senza fenomeni meccanici di occlusione.

L'A. pratica 15 iniezioni, a serie di 5, separate da intervalli uguali di riposo, al fine di risparmiare le vene. L'effetto è particolarmente rapido. Su 65 casi osservati, l'A. ha ottenuto il 78 % di guarigioni e solamente il 17 % di casi negativi. Ricorda in poche parole le esperienze di Duthoit sull'azione battericida dell'esametilentetramina e sul suo valore antisettico *in vivo*. Queste esperienze mostrano anche che l'azione del prodotto non è dovuta a produzione di formaldeide, ma a proprietà antisettiche del medicamento stesso. Da ciò l'importanza di farlo agire per iniezioni, al fine di evitare l'influenza dei succhi digestivi e delle variazioni nell'assorbimento, e sopratutto per iniezioni endovenose, che permettono un'azione più sicura e più rapida del prodotto.

A. P.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie e affini.

Per l'art. 52 del Testo Unico delle Leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636, sono sottoposti a vigilanza speciale l'esercizio della medicina e chirurgia, della veterinaria, della farmacia e dell'ostetricia. La vigilanza riguarda i titoli e i modi che rendono legale e regolare l'esercizio delle professioni sanitarie e la preparazione, conservazione e vendita dei medicinali. Con recenti disposizioni, emanate dal Governo Nazionale, sono stati inoltre adottati speciali provvedimenti di legge sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, sull'esercizio delle arti ausiliarie di dette professioni, nonchè sulla vigilanza sugli istituti di cura, pensioni per gestanti, ecc., e sulle denunzie degli aborti.

Per gli ufficiali sanitari rivestono particolare interesse, e meritano perciò illustrazione, oltre a questi ultimi provvedimenti di legge, quelli riguardanti la vigilanza sull'esercizio della medicina e chirurgia e dell'ostetricia, mentre il servizio delle farmacie è, in pratica, più direttamente vigilato dall'Autorità sanitaria provinciale.

Primo compito dell'ufficiale sanitario è curare l'adempimento, per parte dei professionisti, dell'obbligo della registrazione dei diplomi di laurea e di abilitazione presso l'ufficio comunale, da farsi entro un mese dal giorno in cui l'esercente ha preso dimora nel comune (art. 53 del Testo Unico). L'ufficiale sanitario deve inoltre dar notizia al Prefetto di ogni registrazione, per la verifica della validità del titolo, e provvedere alla regolare tenuta del registro colle firme dei singoli sanitari, prescritto dall'art. 65 del regolamento 3 febbraio 1901 n. 45, per l'esecuzione della legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica.

L'ufficiale sanitario non può però limitarsi all'adempimento di questi formali doveri di ufficio; occorre che egli sia anche al corrente delle norme di legge e di regolamento che disciplinano l'esercizio delle varie professioni sanitarie, per poterne, all'atto pratico, esigerne l'osservanza e constatarne le eventuali violazioni.

Non sarà quindi inutile passare rapidamente in rivista i titoli professionali che, allo stato attuale della nostra legislazione, sono necessari e sufficienti per poter esercitare una delle professioni sanitarie, sempre subordinatamente all'avvenuta registrazione del diploma e alla iscrizione nell'albo dell'Ordine dei sanitari della provincia.

Esercizio della medicina. Per l'esercizio della medicina e chirurgia occorre essere in possesso del relativo diploma di laurea conseguito in una Università od Istituto superiore del Regno fino al 31 decembre 1924, o fino al 31 decembre 1925 (art. 6 del R. decreto 31 decembre 1923, n. 2909) per coloro che, anteriormente alla pubblicazione del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, sull'ordinamento dell'istruzione superiore, furono regolarmente iscritti in tutti gli anni di corso prescritti per ottenere la laurea in medicina e chirurgia. Per i laureati posteriormente a tali date, o per i medici che abbiano conseguito la laurea in un Istituto estero di maggior fama e ottenuto la convalida del titolo (art. 51 del citato decreto 30 settembre 1923), occorre il diploma di abilitazione all'esercizio in seguito ad esame di Stato.

Nei riguardi dei diplomi rilasciati da Istituti stranieri valgono le disposizioni seguenti. Possono esercitare in Italia i medici forniti di diploma professionale di un Istituto autorizzato a rilasciarlo in Gran Bretagna, Irlanda, India, Colonie e Domini Inglesi (esclusa la Columbia nel Canadà) seguìto dall'iscrizione nel registro dei medici inglesi. Ciò perchè l'Inghilterra è il solo Stato estero che conceda la reciprocità di trattamento pei cittadini laureati in Italia (R. decreto-legge 25 marzo 1923, n. 882); gli altri titoli stranieri non son validi nel Regno, salvo i casi di cui appresso.

Possono pure esercitare i medici muniti di diploma professionale conseguito presso un Istituto del cessato Impero Austro-ungarico e riconosciuti equipollenti ai titoli conseguiti in Italia (R. decreto-legge 25 settembre 1921, n. 1396); quelli forniti di diploma di un Istituto del cessato Regno di Ungheria, di cui

agli art. 3-4 del R. decreto-legge 16 agosto 1926, n. 1914 (riguarda i medici di Fiume); ed i cittadini italiani rimpatriati di guerra e muniti di titoli esteri autorizzati a norma del R. decreto-legge 22 marzo 1923, n. 795. Come ben si comprende, tutte queste ultime disposizioni sono intese a sistemare giuridicamente la posizione dei professionisti delle provincie redente. Infine l'esercizio nel Regno, esclusivamente presso gli stranieri, è concesso a quei medici forniti di diploma professionale straniero, che siano iscritti nei ruoli dei contribuenti per l'imposta di ricchezza mobile dall'11 luglio 1907 (cioè tre anni prima della promulgazione della legge 10 luglio 1910, n. 455 sugli Ordini dei sanitari).

Esercizio dell'odontoiatria. Fino dal 1912 (legge 31 marzo 1912, n. 298) è obbligatoria in Italia la laurea in medicina per l'esercizio dell'odontoiatria. Tale obbligo è stato confermato dal R. decreto-legge 16 ottobre 1924, n. 1755. Si è però voluto tener conto del fatto che anteriormente al 1912 la laurea non era obbligatoria, e si sono ammessi a conseguire uno speciale attestato di abilitazione, per essere autorizzati a continuare l'esercizio, quei dentisti che già da tempo esercitavano la professione.

Attualmente perciò sono titoli validi per la professione di dentista tutti i titoli indicati per la medicina, ed inoltre: il diploma di odontoiatria conseguito anteriormente al R. decreto 24 aprile 1890, n. 685; l'attestato di abilitazione conseguito a norma della citata legge 31 marzo 1912; l'autorizzazione del Ministero dell'Interno rilasciato in base al R. decreto legge 22 marzo 1923, n. 795 (cittadini laureati o diplomati all'estero rimpatriati di guerra); l'autorizzazione rilasciata, prima dell'annessione della città, dello Stato libero di Fiume o del Governo di Budapest (R. decreto 14 giugno 1928, n. 1630); l'attestato di abilitazione rilasciato dalla R. Università di Padova a norma della legge 23 giugno 1927, n. 1187 (riguarda i cosidetti « odontotecnici concessionati », delle nuove provincie del Regno, riconosciuti dalla legge austriaca).

Esercizio della farmacia e della veterinaria. Per l'esercizio di queste professioni occorre rispettivamente la laurea in chimica o farmacia, o il diploma in farmacia e la laurea in veterinaria, conseguiti in una Università o Istituto superiore del Regno, entro il 31 decembre 1924 o il 31 decembre 1925 a norma, per la farmacia, dell'art. 6 del R. decreto 31 decembre 1923 già citato, e per la veterinaria dell'art. 50 del R. decreto-legge 4 maggio 1925, n. 876 (regolamento degli esami di Stato per l'esercizio della professione di veterinario ecc.). Inoltre sono titoli sufficienti gli stessi indicati per l'esercizio della medicina e cioè: l'abilitazione in seguito ad esame di Stato; i diplomi conseguiti presso il cessato Impero Austro-ungarico o presso il cessato Regno d'Ungheria e l'autorizzazione in seguito a rimpatrio di guerra.

Esercizio dell'ostetricia minore (levatrici). Per l'esercizio dell'ostetricia, oltre il diploma di levatrice conseguito presso una Scuola universitaria o pareggiata di ostetricia, sono validi anche i diplomi delle cessate monarchie di Austria e di Ungheria come per i medici, farmacisti e veterinari.

Indicati così i titoli che abilitano legalmente alle professioni sanitarie, passeremo ad esaminare le più recenti disposizioni di legge che ne disciplinano l'esercizio.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cure antirabbiche. — All'abb. n. 1671-1:

La cura antirabbica a domicilio non è consentita, essendovi un parere contrario del Consiglio Superiore di Sanità.

Sono invece ammesse le vaccinazioni antirabbiche nei *Dispensari Antirabbici* ideati dal prof. Puntoni ed istituiti dall'Istituto Antirabbico di Roma.

I Dispensari Antirabbici dell'Istituto di Roma sono ambulatori per cure antirabbiche, autorizzati dal Ministero dell'Interno, diretti da medici perfezionati nell'Istituto Antirabbico stesso e riforniti di vaccino antirabbico fenicato da questo medesimo Istituto. Non funzionano privatamente, ma debbono essere annessi alle Amministrazioni Provinciali, Comunali o di Opere Pie.

Per maggiori dettagli consultare V. PUNTONI: *I vaccini antirabbici fenicati e loro odierne applicazioni* (editore Bucciarelli, via Panisperna 80, Roma).

A. A.

All'abb. n. 7886:

I dettagli sul metodo di Manara può conoscerli consultando le seguenti pubblicazioni dell'autore:

1) « Nota preventiva sulla cura dei tumori maligni col solfato di rame ». *La Clinica Chir.*, 1915, pag. 292.

2) « Cancro dell'utero guarito col solfato di rame ». *Policl.*, Sez. chir., 1915, pag. 481.

3) « Reperti nuovi nella patologia e chemioterapia del cancro ». *Policl.*, Sez. pratica, 1923, pag. 547.

R. BRANCATI.

Al dott. Carolus:

1) Siero di Jousset. Proveniente da cavalli immunizzati con un bacillo umano attenuato per la cavia.

Secondo il suo autore, una sola iniezione può portare a guarigione totale e duratura (*sic!*). È indicato nella bacillosi con carattere di variabilità flussionaria, specialmente nell'infezione tubercolare del bambino.

2) Il « Babeurre » è il così detto latticello, cioè il liquido che rimane dopo avere preparato il burro dalla crema. Può ottenersi direttamente anche in casa, preparando il burro, oppure può aversi da quei burrifici, che diano garanzie igieniche sulla mungitura e manipolazione del latte.

3) Le macchie nerastre da pomata di Helmerich sono date da qualche solfuro; è assai difficile farle scomparire; provi le ripetute lavature e, cautamente, la soluzione di ipoclorito alcalino (varecchina, acqua di Javelle, liquore di Labarraque).

fil.

All'abb. n. 5774-1:

Un laureato in medicina e chirurgia in Italia che si rechi in Argentina per esercitarvi la professione deve:

1) presentare domanda documentata al Minesterio de Instrucion Publica (Casa Goberno) Buenos Ayres;

2) pagare una tassa di 3000 Pesos;

3) sostenere un esame in lingua spagnola, di medicina e chirurgia (rivalida del titolo).

C.

All'abb. n. 4734:

I programmi e le norme generali per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario furono approvati con Decreto Ministeriale 6 febbraio 1926.

C.

VARIA.

Lo sviluppo delle colonie estive in America.

Il prof. Elliot, già Rettore dell'Università americana di Haward, ebbe a dichiarare che « le colonie estive costituivano l'impulso più importante che l'America aveva dato al mondo nel problema dell'educazione giovanile ». Il valore di questa affermazione va giudicato tenendo conto dello sviluppo enorme che il movimento per le colonie estive ha preso in quel paese durante gli ultimi cinquant'anni. Oggi si calcola che siano circa diecimila gli « accampamenti estivi », nei quali press'a poco un milione tra uomini, donne e bambini passano ogni anno qualche tempo del periodo estivo. L'inizio di questa istituzione è riportato in genere al giugno 1881, epoca in cui si impiantò per la prima volta un accampamento estivo a « Chocorna Island ».

Nel 1888 un certo De Gulik e sua moglie ebbero l'idea di stabilire un piccolo accampamento per uso delle loro figliole nel Connecticut, al quale più tardi furono ammesse a pagamento anche altre giovinette: questa fu, in America, l'origine della prima colonia estiva femminile. Durante i primi tempi l'istallazione e la tenuta di queste colonie furono assolutamente libere e lasciate all'iniziativa individuale; ma presto lo spirito d'organizzazione del paese si impose: nel 1902 si tenne una conferenza sulle Colonie, e nel 1910 si trova già un'« Associazione tra i Direttori di Colonie estive », seguìta nel 1916 dalla fondazione di una analoga Associazione tra le Direttrici di Colonie femminili. Nel 1924 le due Associazioni si sono fuse in un'Associazione unica la quale esercita un'attività instancabile nel promuovere l'istituzione di nuove Colonie e la loro più perfetta organizzazione.

Nel 1923 la « Associazione americana per i campi di giochi e ricreativi » volle compiere una statistica generale delle Colonie, e riuscì ad ottenere dati positivi su cinque o sei mila accampamenti estivi con organizzazione stabile.

La spiegazione dell'enorme successo di simili istituzioni è ovvia: la vita della colonia estiva, se razionalmente diretta e per un periodo di tempo conveniente, può portare notevoli vantaggi alla salute fisica e all'educazione del fanciullo. Oltre gli effetti dell'aria, del moto, concessi largamente al fanciullo, oltre quelli di una nutrizione razionale e di un sistema di vita regolare e igienica, bisogna tener conto dell'educazione del carattere fatta durante la vita in colonia. Molti fanciulli vi imparano per la prima volta a combattere le battaglie della vita; il timido si giova dell'esempio dei più audaci, i più abili guidano gli inesperti, e la esistenza quotidiana diviene una vera scuola di vita pratica assai più proficua di molte lezioni scolastiche.

Naturalmente questo si può dire solo di quelle colonie estive che hanno un'organizzazione perfetta e che ricoverano il fanciullo per un periodo di tempo conveniente.

(*Report of the Comm. on Sumner Comps of the Nat. Conf. of Cath. Charities*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

N. SETTE. *Evoluzione storica dell'igiene e legislazione sanitaria dell'era fascista.* — Tip. M. Arduini, Urbino, 1929.

A. SALMON. *Il sistema diencefalo-ipofisario nel sonno.* — Tip. Studium, Napoli, 1929.

C. ORTALI. *Il prostatismo precoce.* — Tip. A. Rancati, Milano, 1928.

G. MIRANDA. *La terapia dell'eclampsia puerperale.* — Tip. Ist. Bioch. Ital., Milano, 1929.

A. MALAGUTI. *La pleurite colesterinica.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

C. VALENTI. *La cura combinata di sieri specifici con proteine aspecifiche o con metalli colloidali, nelle malattie acute da infezione.* — Stab. Tip. Stucchi, Ceretti e C., Milano, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le Casse Mutue per le malattie dei lavoratori dell'industria.

Si è raggiunto un accordo tra la Confederazione Nazionale dell'Industria e la Confederazione Nazionale dei Sindacati Fascisti dell'Industria, circa la costituzione ed il funzionamento delle Casse mutue per le malattie dei lavoratori delle industrie. Ne daremo ampia notizia in un prossimo numero.

La Federazione delle Casse mutue malattia per i lavoratori agricoli.

Il 22 nov. nella sede della C.N.S.F.A. coll'intervento dei rappresentanti della Confederazione agricoltori e della Confederazione lavoratori dell'agricoltura e dei presidenti delle Casse mutue provinciali già esistenti, si è proceduto alla costituzione della Federazione nazionale delle Casse mutue malattia per i lavoratori agricoli.

Il nuovo ente avrà il compito di dare unità di indirizzo sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista amministrativo alle Casse mutue provinciali già esistenti e di procedere alla istituzione delle nuove Casse mutue secondo un piano rigorosamente studiato dagli organi tecnici delle due Confederazioni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 (*sic*) e compensi per operazioni ai paganti in proprio; scad. ore 12 del 10 gen.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a.; docenza in clin. o patol. chirurg. ovvero aiutato di 4 anni in Clinica od Osped. import.; doc. a 3 mesi dal 20 nov. Biennio di prova.

BIELLA. *Ente Biellese di Assistenza agli Operai.* — Medico chirurgo fiduciario. V. N. 47. Scad. 20 dic.

BIELLA. *Ospedale degli Infermi.* — Direttore sanitario; L. 30.000, alloggio e accessori; età 35-45 a.; scad. 31 dic.; tassa L. 50 alla Cassa dell'Ospedale.

CAVALLERLEONE (*Cuneo*). — Scad. 15 dic.; L. 8000 oltre L. 500 bicicl., 4 quinquenni dec., età lim. 50 a.; tassa L. 50,10.

CIVITELLA DI ROMAGNA (*Forlì*). — A tutto 25 dic.; 2ª cond.; L. 11.000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; età lim. 35 (39) a.; certif. di buona cond. politica; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 nov.

CRESSA (*Novara*). — Scad. 15 dic.; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 500 trasp., L. 150 indenn. speciale.

GENOVA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari e direttori degli uffici d'igiene di 2 Consorzi. Scad. ore 17 del 31 dic. V. N. 47

MAIERATO (*Catanzaro*). — Scad. ore 14 del 23 dic.; L. 7500 comprese L. 500 indenn. malarica; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 12 nov.

MELDOLA (*Forlì*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; doppio c.-v. in L. 1200 e lire 600; per Ospedale L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

MONTEPULCIANO (*Siena*). — Per la frazione di Acquaviva. Scadenza 10 dicembre. V. N. 47.

NAPOLI. *Alto Commissariato.* — Ufficiali sanitari per 6 Comuni e 2 Consorzi; stipendi da L. 9500 a L. 12.000; scad. ore 12 del 20 gen.; rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio Provinciale Sanitario.

PADULI (*Benevento*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 7000, oltre L. 1000 annue per indenn. cavalcatura. Lo stipendio è aument. di un decimo per ogni quadrienno e per 5 quadrienni consecutivi. Domande e docum. debbono pervenire entro le ore 15 del 20 dicembre. Per ulteriori chiarimenti, bando concorso, ecc., rivolgersi alla Segreteria Comunale.

REGGIO CAL. — 3 condotte; scad. 30 giorni dal 12 nov.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni di L. 500, oltre L. 400 serv. att. e L. 900 supplem., L. 1000 vettura, c.-v.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 294 c.-v.

ROMA. *Governatorato.* — Per titoli ed esami. Coadiutore nella Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. I titoli: quelli indicati nell'art. 8 del R. D. 16 gen. 1927, N. 155. Età: quella prescritta nell'articolo 9 del citato Decreto. Certificati di rito: tutti di data non anteriore di 3 mesi a quella dell'avviso di concorso (26 ottobre) ad eccez. del certif. di nascita e dell'attest. di adempim. obblighi leva. Trattamento economico: L. 16.000 annue; L. 16.800 dopo quattro anni; L. 17.800 dopo 8 anni, più supplemento serviz. attivo lire 4200 annue. Scadenza ore 12 del 16 dicembre. Per chiarimenti e pel bando concorso rivolgersi alla Ripartizione del Personale.

ROMA. *Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della San. Pubbl.).* — Con recente Decreto ministeriale è prorogato al 28 febbraio 1930 il termine utile per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per esami a 10 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe nell'Amministrazione della Sanità Pubblica, bandito con Decreto ministeriale del 4 luglio 1929, pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 13 settembre u. s. N. 214. È stato, inoltre, chiarito che, in applicazione del R. Decreto-Legge 28 luglio 1929, N. 1363, i concorrenti non sono più tenuti al pagamento della tassa di concorso di L. 50.

SANTA CROCE DEL SANNIO (*Benevento*). — Ufficiale sanitario. Scad. 45 giorni dal 6 nov.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Ospedale Maggiore.* — Medico aiuto interno per le due Sezioni Medica e Chirurgica. Stipendio L. 7000 più la comparte-

cipazione ai proventi delle due Sezioni, con alloggio interno. Età limite anni 30. Scadenza 16 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi al Presidente dell'Ospedale.

TRAPANI. — Scad. 15 dic.; con Paceco; resid. a Pietretagliate (zona malarica); L. 9000 e scatti quadriennali e quinquennali di L. 750, per cavalcatura L. 2500.

TRONZANO VERCELLESE (*Vercelli*). — Scad. 10 dic.; 2ª cond.; L. 7000 per 300 pov.; addizion. L. 4; per trasp. L. 2000; doppio c.-v.

UDINE. — Scad. 28 dic.; 6° reparto esterno; L. 8000 aumentabili del 62 %, oltre addizionale L. 3 sopra i 500 pov., L. 800 serv. att., L. 1000-3000 trasp.; età lim. 35 a.

Cercasi dottoressa per Assistente interna Istituto Medico per fanciulli. Per chiarimenti rivolgersi: Rag. De Dominicis, via degli Astalli, 15 - Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Inaugurazione dell'anno accademico presso la Regia Università

L'inaugurazione all'Ateneo torinese del nuovo anno accademico si è svolta con particolare solennità alla presenza del Principe Umberto e di altri Principi di Casa Savoia e del Cardinale Gamba e col concorso numerosissimo di invitati e studenti. L'ingresso del Principe fu salutato dalla « Marcia Reale » e da una lunga acclamazione.

Prese per primo la parola il Magnifico Rettore prof. Pivano il quale rivolse un saluto agli Augusti Principi e in particolare al Principe di Piemonte, ed espose quindi la relazione annuale riguardante l'Università. Mise in rilievo che la Facoltà di Medicina si è arricchita della Cattedra di Ortopedia e furono istituiti gli insegnamenti sui problemi coloniali e sul diritto corporativo, parlò quindi della sistemazione dell'Istituto di Batteriologia e dell'Orto Botanico e dei lavori per la costruzione delle nuove grandi Cliniche. L'O. chiuse il suo discorso con una felicissima sintesi sull'opera e sull'attività universitaria e con un devoto omaggio al Principe ed alla Casa Reale.

Prende quindi la parola il prof. Arturo Farinelli per la prolusione sul tema: « L'estremo dramma di Ibsen: Quando noi, morti, ci destiamo ».

L'O. esamina l'ultimo dramma del poeta settantenne che esprime la lotta dell'uomo che, giunto al limite del suo apostolato d'arte, anela alla vita. L'O. esamina con particolare profondità, rapidamente, tutta l'opera di Ibsen anche giovanile riconoscendovi una continua, elevata martoriata aspirazione al miglioramento e alla perfezione, mentre l'ultimo dramma esprime accentuati la tristezza e lo sconforto del poeta forse per non aver potuto compenetrare maggiormente la sua arte con la vita. L'O. terminò la prolusione con un felicissimo riferimento a sè stesso ed ai giovani che lo circondavano: « Voi già intendeste che io trascielsi questo canto di morte per ripetere a me stesso e affidarlo a voi un memento di vita. L'opera d'arte, è vero, vuol essere goduta come espressione di bellezza, come sorriso di cielo, e non è fatta perchè affannosamente vi si ricerchino i succhi di morale, una norma di vita pratica che ci occorre. Ma forse il maggior compito nostro è di raggiungere coll'aspirare, il meditare e l'agire senza posa, quell'armonia di scienza e di vita che è indispensabile al prosperare della famiglia nostra come della più grande Famiglia dello Stato e di quella più grande ancora dell'Umanità, senza un pensiero di tristezza, se occorrerà sveltire ed irrobustire questo sapere che vogliamo vivente, gettando a mare il plumbeo fardello della morta erudizione, di tutto il sapere stantio, per correre dove più caldo ed intenso è il respiro e più gagliardo l'ambito del cuore ».

L'Accademico d'Italia è stato vivamente applaudito e congratulato. CIPRIANI.

NOTIZIE DIVERSE.

Accademia Lancisiana di Roma.

Il 14 nov., sotto la presidenza dell'on. prof. Ermanno Fioretti e con l'intervento del gr. uff. Cotta, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, e di numerosi soci, tra cui le più alte autorità mediche della capitale, si tenne l'annunciata prima assemblea del terzo anno accademico dell'Accademia Lancisiana di Roma, nella sua sede, presso l'ospedale della Consolazione.

Aperta la seduta il presidente ricordò con commossa parola la morte dei tre soci proff. Gherardo Ferreri, Serafino Ricci e Azzo Cattarozzi e l'assemblea, che ascoltava in piedi in commosso raccoglimento, dedicò, a richiesta del presidente, un minuto di silenzio alla loro memoria e rispose *presente* all'appello che egli fece dei tre illustri soci defunti.

Subito dopo il presidente on. Fioretti iniziò la relazione morale e finanziaria del primo biennio dell'Accademia Lancisiana.

Ricordato che l'Accademia risorse, or sono due anni, per volontà del Sindacato medico fascista di Roma e provincia, per riprendere l'opera da essa interrotta di creazione scientifica, di cultura e di controllo e specialmente per incitare i giovani medici e chirurghi a lavorare e a produrre sotto la guida dei direttori delle cliniche dell'Ateneo Romano e dei primari di ospedale, egli fece constatare come durante il biennio testè decorso l'Accademia, nelle sue quindici sedute ordinarie e due straordinarie, svolse ben 80 argomenti scientifici, dei quali 35 di medicina, 1 di medicina legale, 1 di medicina sociale, 17 di chirurgia, 5 di radiologia, 2 di oculistica, 15 di otorinolaringoiatria, 2 di ostetricia, 1 sul primato dell'Italia nella trasfusione del sangue e nelle iniezioni di medicamenti nelle vene, 1 di neuropatologia.

Parlò anche di argomenti che destarono maggior interesse, dei concorsi a premio e delle relazioni mediche e chirurgiche bandite per l'anno 1929 e 1930, della pubblicazione del bollettino e del movimento dei soci, che è sempre in aumento.

Fece sopratutto constatare che l'Accademia deve molto della sua vitalità al grande appoggio morale e finanziario che le proviene dal presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Cotta, e che con tale aiuto essa, pur sostenendo varie spese, è riuscita a chiudere il suo bilancio biennale con un attivo di cassa di oltre L. 19.000.

Conclude la sua relazione morale e finanziaria ricordando i soci che onorano l'Accademia e fra questi particolarmente il prof. Antonio Dionisi, ora nominato accademico d'Italia.

L'assemblea applaudì unanimemente la relazione del presidente e nel riconfermare per acclamazione i sei membri elettivi del Direttorio, deliberò di inviare un telegramma di congratulazione al prof. Dionisi.

Subito dopo furono discusse la comunicazione del dott. Vanni sulla « Sifilide polmonare » e quella del prof. Attilj su « Tentativi di terapia per mezzo dei raggi cosmici » molto complimentata. Presero parte alla discussione i proff. Arcangeli e Pazzi.

Scuola medica ospitaliera di Roma.

È stato pubblicato il programma relativo ai corsi per l'anno scolastico 1929-30.

Sono annunziati tre corsi della durata di un semestre, e cioè dal 1° dicembre al 31 maggio: concernono la medicina generale, la chirurgia generale e la pediatria. Le iscrizioni dànno diritto alla frequenza per un solo trimestre e possono aver luogo dal 1° e dal 15 di ogni mese, ma non oltre il 1° marzo.

Altri venti corsi hanno durata variabile e coprono i varî campi della medicina e della chirurgia, comprese alcune discipline ausiliarie e complementari.

Nella Scuola insegnano quasi tutti i primarî degli Ospedali di Roma.

Rivolgersi al presidente della Scuola, prof. R. Bastianelli, Policlinico Umberto I - Roma (27).

Scuola di perfezionamento in Chirurgia a Roma.

La Scuola, posta sotto la direzione del prof. R. Alessandri, ha la durata di cinque anni. Gli inscritti devono raggiungere il numero di sei. Le iscrizioni si sono chiuse col 1° dicembre; ma eccezionalmente, per coloro che comprovino di aver sostenuto l'esame di Stato, sarà accettata l'iscrizione appena superato l'esame. In seguito a frequenza ed a prove di esami, la Scuola rilascia diplomi di perfezionamento in chirurgia. Tassa d'immatricolazione L. 300; tasse annue di iscrizione L. 800, sopratassa annua di esami lire 150, sopratassa di diploma L. 75. Per il programma dettagliato rivolgersi al direttore, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma.

Alla Croce Rossa Italiana

È stato a Roma il col. Drault, Vice Presidente delle Società delle Croci Rosse con sede a Parigi, il quale, accompagnato dal sig. De Rougé è venuto espressamente in Italia per fare visita al sen. Cremonesi, Presidente della Croce Rossa Italiana, e per rendersi personalmente conto del nuovo orientamento e sviluppo delle opere assistenziali della nostra massima Associazione di beneficenza.

Questi illustri visitatori hanno avuto così modo non solo di constatare il notevole contributo che la Croce Rossa Italiana porta alle opere sanitarie sociali, in perfetta uniformità alle direttive del Governo Fascista, ma anche di rilevare come fra le altre Società di Croce Rossa nel mondo di cui hanno conosciuta personalmente l'organizzazione, la nostra Associazione, specie per il nuovo impulso conferitole in quest'ultimo periodo di tempo, ha decisamente conquistato un posto di avanguardia.

Dopo aver visitata la sede del Comitato Centrale, ed essersi informati del funzionamento dei vari servizi, essi si sono recati a visitare il Preventorio Emilio Maraini per lattanti e diversi figli di tubercolosi, la Scuola Infermiere, i vasti Magazzini Ostiensi, ed il Sanatorio Cesare Battisti, che con l'annesso Padiglione per bimbi tubercolotici, rappresenta in Roma uno dei più efficaci mezzi di lotta contro la tubercolosi, destinato ad un prossimo ampliamento per espresso volere del Capo del Governo.

Gli illustri ospiti hanno ripetutamente ed in varie occasioni manifestato il loro vivo compiacimento, per l'ordine, la disciplina e la potenzialità dei vari Istituti assistenziali visitati, dichiarando inoltre che la loro aspettativa è stata di gran lunga superata dalla obiettiva constatazione di una concordia spirituale che si traduce in armonia di azione e dà a tutte le istituzioni dell'Italia fascista la caratteristica di un sempre crescente sviluppo.

L'Istituto " Benito Mussolini " per le malattie dell'apparato respiratorio.

Il 21 novembre fu solennemente inaugurato da S. M. la Regina l'Istituto « Benito Mussolini », clinica della tubercolosi e delle malattie delle vie respiratorie.

Questa clinica, che presto avrà una sede propria, per ora è annessa all'istituzione antitubercolare creata dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali nel sobborgo romano di Porta Furba, al posto già tenuto da un Sanatorio militare e poi da una colonia lavorativa post-sanatoriale, nella zona occupata da un'antica fortezza.

La clinica è sorta con i contributi della Confederazione Nazionale Fascista per l'Industria, allo scopo di creare dei medici specialisti e di promuovere gli studi nel campo delle malattie dell'apparato respiratorio. I tubercolotici vengono forniti dal Sanatorio; gli affetti da altre malattie dell'apparato respiratorio vengono forniti dagli ospedali di Roma, in virtù di una convenzione col Commissario generale gr. uff. Cotta. Nella Clinica hanno già avuto luogo alcuni corsi di perfezionamento.

Alla cerimonia inaugurale intervennero alte autorità politiche, tra cui i presidenti del Senato e della Camera, onorevoli Federzoni e Giuriati, e molte spiccate personalità. L'on. Olivetti, in nome della Confederazione Nazionale Fascista per l'Industria, rilevò come l'atto da questo compiuto attesti l'interesse dell'industria italiana per la più alta valorizzazione della salute del popolo; l'on. sen. Garbasso, presidente della Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, preposta all'applicazione della legge sull'assicurazione contro la tubercolosi, si disse lieto di ospitare il nuovo poderoso Istituto scientifico; l'on. Morelli, direttore dell'Istituto stesso, tenne il discorso inaugurale, illustrando il programma da svolgere. Seguì la visita ai varî reparti dell'Istituto.

L'Ospedale di Lovere.

Il 18 novembre è stato inaugurato a Lovere, sul lago d'Iseo, il nuovo ospedale di cui demmo

già ampia notizia, sorto col contributo della Cassa di Risparmio e della cittadinanza. Alla cerimonia sono intervenute le autorità e le rappresentanze del Fascio e delle associazioni patriottiche.

Elargizioni e lasciti.

La signora Anna Novak Magnani ha lasciato morendo 3.330.000 lire per opere di beneficienza; di quella somma mezzo milione è destinato per la cura marina dei fanciulli del comune di Vedano Olona e della regione di Induno (Varese), e mezzo milione all'Ospedale civico di Varese per giornate di degenza di malati delle stesse località.

Società medica di cultura fisica.

Il Comitato nazionale dei medici sportivi, nominato nel convegno di Bologna (di cui demmo già notizia a pag. 1661) e che è presieduto dal sen. Viola, ha deciso di costituire un'associazione, che si chiamerà « Società medica di cultura fisica ».

Congresso spagnolo di neuropsichiatria.

L'« Asociación Española de Neuropsiquiatrias » terrà la sua 4ª riunione annua a Siviglia dal 17 al 19 dicembre. Temi: « Concetto del termine demenza »; « Radiodiagnosi neurologica »; « Commentari psichiatrici al nuovo Codice penale spagnolo ». Contemporaneamente si adunerà la « Liga Española de Higiene mental ». Si organizzeranno visite a varie istituzioni. A motivo dell'Esposizione ibero-americana di Siviglia, le ferrovie concedono dei ribassi sui biglietti ordinari, del 40 % incirca. Segretario: Dr. B. Rodríguez Arias, Rambla de Cataluña 47, Barcelona, Spagna.

L'esecuzione del monumento a Guido Baccelli.

La Commissione per l'esame dei bozzetti per il monumento che la città di Roma erigerà alla memoria del grande concittadino Guido Baccelli, ha terminato i suoi lavori.

Nello scorso mese di luglio su 24 artisti invitati a partecipare alla gara per il monumento a Baccelli solo tredici risposero all'invito stesso. La Commissione dopo attento esame risolse di chiamare gli scultori Tommaso Bertolino, Publio Morbiducci ed Attilio Selva a ripresentare i loro bozzetti con alcune modifiche.

E la Commissione radunatasi in Campidoglio presso l'Ufficio delle Antichità e Belle Arti per la scelta definitiva del bozzetto ha deliberato alla unanimità di proporre al Governatore di affidare l'esecuzione del monumento a Guido Baccelli, che sorgerà in Piazza Galeno, allo scultore Attilio Selva. Ha proposto, infine, al Governatore di voler accordare un premio di lire 3000 ciascuno agli scultori Bertolino e Morbiducci.

Il Governatore ha approvato le proposte della Commissione.

Onoranze a Domenico Barduzzi.

Il 17 novembre la salma di Domenico Barduzzi venne restituita alla natia Brisighella, in conformità ad un espresso desiderio dell'estinto.

In tale occasione, per generoso impulso dei concittadini, sono state rese imponenti onoranze alla sua memoria.

Alla cerimonia convennero scienziati, personalità, rappresentanze di ogni parte d'Italia; il Governo era rappresentato da S. E. Di Marzo. Sulla bara e davanti la lapide murata sulla casa natale, parlarono S. E. Di Marzo, S. E. Leicht, il sen. Giordano, l'on. Chiurco, il gr. uff. Rebucci ed altri, illustrando le benemerenze nell'estinto nel campo scientifico, didattico, politico, civile.

Spallanzani commemorato a Parigi.

Nell'anfiteatro del Museum, il prof. Giuseppe Franchini, dell'Università di Bologna, ha commemorato, pel secondo centenario della nascita, il grande filosofo e biologo italiano Lazzaro Spallanzani. Egli ha illustrato l'opera del grande scienziato italiano ottenendo un vivissimo successo. Il prof. Franchini è stato presentato dal prof. Mangin, direttore del Museum, istituto nel quale lo Spallanzani era stato chiamato ad insegnare.

Eroica devozione di un medico.

Il dott. Grandjéan di Grandis (Rhône) aveva in visita un giovane colpito da grave emorragia. Non disponendo del materiale necessario, si recò personalmente ad una farmacia prossima; ma al ritorno, nella fretta, inciampò e si ruppe una gamba. Ebbe il coraggio di trascinarsi fino al paziente, malgrado l'atroce dolore, e riuscì a salvarlo; poco dopo un collega chiamato d'urgenza gl'ingessò la gamba.

Infortuni di sanitarî.

Nella farmacia dell'Ospedale di Treia (Macerata) il farmacista Zefiro Bartoli ha avuto il capo completamente asportato dall'esplosione di una bombola di ossigeno.

L'aeroplano a servizio della chirurgia.

In seguito al noto incidente aviatorio verificatosi all'imboccatura del porto di Terranova Pausania, il prof. R. Bastianelli, su invito del ministro dell'aeronautica on. Balbo, si è portato immediatamente alla Maddalena su di un idroplano da lui stesso pilotato (poichè il Bastianelli è un appassionato dell'aviazione, e possiede un aeroplano da turismo); era accompagnato dall'on. Di Nola. Il viaggio è durato un'ora e mezza. Il prof. Bastianelli ha prestato le sue cure efficaci. L'indomani ha fatto ritorno in volo a Roma.

La peste a Ginevra?

I giornali di Berna hanno raccolto la voce di tre casi di peste polmonare, che sarebbero stati constatati a Ginevra nel quartiere Carouge. Si dice che la malattia sarebbe stata importata dall'Egitto. L'ufficio sanitario però pubblica un comunicato per rassicurare la popolazione asserendo che finora non è stato denunciato alcun caso di peste, ma che in ogni modo sono state prese tutte le misure necessarie.

Frode farmaceutica.

Un certo John S. Peterson di Los Angeles è stato condannato ad un anno di carcere per ave-

re messo in commercio un rimedio che consisteva di acqua con aggiunta di un po' di sale o di un po' di borace; ogni boccetta veniva venduta per 3-4 dollari; il commercio durava da varî anni.

Insegnanti russi revocati dagli studenti.

Sono stati espulsi 65 professori e 155 assistenti istruttori dalle 11 Università della Russia dei Sovieti, in conseguenza di un esame d'idoneità sostenuto innanzi a Commissioni composte da educatori comunisti, operai e studenti. Tra gli espulsi è il prof. Dimitrij Dimitrijevic Pletnev, insegnante di patologia speciale e terapia nella 1ª Università sovietica di Mosca: è un reputato cardiologo. Altri 92 professori non sono stati riconfermati. Molti insegnanti hanno rassegnato le dimissioni, in segno di protesta contro l'onta di farli esaminare dai propri studenti.

L'Università di Quito danneggiata da un incendio.

Il palazzo centrale dell'Università di Quito (Equador) è rimasto distrutto da un incendio, provocato da fuochi artificiali. Parecchie persone sarebbero rimaste uccise.

Un'infezione tifoide contratta nella sala operatoria, per una lieve ferita infertasi inavvedutamente nel maneggiare una cistifellea carica di bacilli specifici, ha ucciso a 51 anni il prof. PAUL LECÈNE.

Una delle più potenti intelligenze ed uno dei cuori più nobili al servizio della chirurgia, scompaiono con Lecène.

Aveva compiuto una carriera brillantissima, raggiungendo a 43 anni il posto di professore di patologia chirurgica presso la Facoltà medica di Parigi.

Ha pubblicato una mole imponente di lavori, molti dei quali diventati classici: sui tumori maligni primitivi del tenue, della parotide, dell'appendice, sulle cisti iuxta-intestinali, sull'occlusione duodenale post-operatoria, sul volvulo del crasso, sui tumori della capsula adiposa del rene, sui tumori misti del rene, sulle cisti ossee, sull'isterectomia fondale, sulla riparazione del dotto biliare comune, sui tumori intracanalicolari del seno, sulla cura dei flemmoni della mano, ecc. In guerra rese dei servizi preziosi e ne trasse argomento per una serie di studi importanti, sul microbismo latente dei proiettili, sulle ernie diaframmatiche traumatiche dello stomaco, sull'aneurisma artero-venoso carotideo, ecc. Lascia anche alcune trattazioni pregevolissime: nella « Thérapeutique chirurgicale », pubblicata con Leriche, ha redatto gli ultimi due volumi, ove prende in esame quasi tutti i campi della chirurgia; la « Chirurgie des os et des articulations des membres » è uscita proprio quest'anno; va segnalato anche il volume « Cancer du rein ». Preparava una trattazione sull'anatomo-patologia chirurgica. Ha ispirato ai suoi allievi tutta una serie di lavori.

Era anche un umanista appassionato e sovratutto un ellenista consumato.

R.

È morto a Lione in età di 79 anni il prof. LÉON BOUVERET, *agrégé*, capo di servizio ospedaliero. Fu autore di pregevoli studi, tra i quali segnaliamo quelli sulla tensione intermittente dell'epigastrio (segno di Bouveret), sulla diastasi cancerosa (la sua teoria sull'origine della cellula cancerosa è discussa e discutibile, ma le sue ricerche sono molto pregevoli), sulle forme anomale della stenosi pilorica e sulle pseudostenosi piloriche, sui primi segni della nefrite interstiziale, la teoria del ritmo di galoppo, ecc. Ha descritto molti casi clinici interessanti. Ebbero larga diffusione due suoi libri: « La neurasthènie » e « Traité des maladies de l'estomac ». Da vari anni aveva rinunziato all'attività scientifica e professionale.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

Pubblicazioni a disposizione degli abbonati del " Policlinico „ con agevolazioni sul prezzo di copertina.

CARDIOLOGIA.

MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE. (Prof. A. ROSSI). Prefazione del prof. LUIGI LUCATELLO. Un volume di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13.75.

LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA. (*Fibrechia del cuore*) **nell'aspetto suo diagnostico** (Prof. G. L. SACCONAGHI). Vol. di 200 pagine. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 17.75. circa 200 pagine. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 17.75.

I DISTURBI DEL RITMO CARDIACO. (Dott. A. SEBASTIANI). Prefazione del prof. GIUSEPPE BASTIANELLI. Volume di pagg. VIII-142, con 73 figure intercalate nel testo. Prezzo L. 18. Per i nostri abbonati sole L. 16.25.

L'INSUFFICIENZA DEL CUORE *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del prof. L. SICILIANO. Volume di pagg. XII-118, con 24 figure nel testo. Prezzo L. 22. Per i nostri abbonati sole L. 18.90.

CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA. ANGIOGRAFIA. (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del prof. S. BAGLIONI. Un volume di pagine VIII-168, con 64 figure nel testo. Prezzo L. 20. Per i nostri abbonati sole L. 17.50.

PEDIATRIA.

MANUALE DI PEDIATRIA PRATICA. (Prof. M. FLAMINI). Terza edizione. Volume di pagine XII-452, corredato di una estesa *Posologia infantile* e con 118 figure nel tosto. Prezzo L. 55. Per i nostri abbonati sole L. 50.

CONSULTAZIONI DI CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE. (Prof. F. VALAGUSSA). Terza edizione. Prefazione di A. MURRI. Volume di pag. VII-488, con 42 figure nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. 36. Per i nostri abbonati sole L. 32,50.

L'ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO. (Prof. G. FRONTALI). *Lezioni dettate per i Corsi di Puericultura ai medici, sotto gli auspici dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e Infanzia.* Volume di pagg. XVI-248, con 38 figure in nero e a colori nel testo e una tavola a colori fuori testo. Prezzo L. 40. Per i nostri abbonati sole L. 36.

LE RECENTI ACQUISIZIONI DELLA SCIENZA SULLA ALIMENTAZIONE DELLA PRIMA INFANZIA. (Prof. L. SPOLVERINI). Presentazione del Prof. Sen. E. MARCHIAFAVA. Volume di pag. 64. Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8,50.

COME SI ALLEVA IL BAMBINO SANO E COME SI ASSISTE IL MALATO. (Prof. R. POLLITZER). Prefazione del Prof. F. VALAGUSSA. Un volume di pagg. IV-118 con 66 figure nel testo. Prezzo L. 15. Per i nostri abbonati sole L. 13.50.

IL BAMBINO. *Consigli d'igiene alle madri.* (Prof. F. VALAGUSSA). Quarta edizione riveduta e ampliata. Volume di pagg. XVI-244 con 84 figure schematiche ed una grafica nel testo. Prezzo L. 25. Per i nostri abbonati sole L. 23,25.

DERMOSIFILOPATIA.

MANUALE DI MALATTIE CUTANEE *ad uso dei medici pratici e degli studenti.* (Dott. Prof. VINCENZO MONTESANO). L'opera si compone di due volumi di complessive pagg. XXVIII-780, con 76 figure nel testo.

Eccone il sommario:

PARTE GENERALE: Anatomia e Fisiologia della cute - Patologia generale, Semeiologia, Terapia generale - Classificazione delle malattie cutanee.

PARTE SPECIALE: Disturbi di circolazione e malattie dei vasi - Dermatiti - Dermatosi che sogliono presentarsi nel corso di malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici - Pemfigo e Pemfigoidi - Sclerodermia e stati sclerodermici - Atrofie - Nevrodermie Cheratosi. - Affezioni degli annessi e delle appendici cutanee - Anomalie della pigmentazione - Tumori - Malattie infettive specifiche e parassitarie - Pitiriasi rosea - Psoriasi - Lichen ruber.

APPENDICE: Dermatosi dei lavoratori - Dermatosi simulate.

Vol. I di pagg. XVI-348, con 32 figure. Prezzo L. 50. Per i nostri abbonati sole L. 45,25.

Vol. II di pagg. XII-432, con 44 figure. Prezzo L. 60. Per i nostri abbonati sole L. 54,75.

LA BISMUTOTERAPIA DELLA SIFILIDE. (Dott. F. TRAVAGLI). Volume di pagg. IV-72. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10.75.

LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI. (Dott. F. TRAVAGLI). Prefazione del prof. A. MORSELLI. Volume di pagg. VIII-112, con 15 figure nel testo. Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8.75.

LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ. (Prof. L. MORINI). Volumetto di pag. 35, in nitidissimi tipi elzevir. Prezzo L. 5.50

TRAUMATOLOGIA - MEDICINA LEGALE - LEGISLAZIONE SANITARIA.

LA TRAUMATOLOGIA DEL LAVORO NEI RAPPORTI CON LA LEGGE *ad uso dei medici pratici.* (Prof. A CIAMPOLINI). Seconda edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata. Volume di pagine XXIV-1004, rilegato in tela. Prezzo L. 80. Per i nostri abbonati sole L. 75.

LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA « Nevrosi dei traumatizzati ». *Il rilievo e il significato dei sintomi.* (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefazione del prof. CESARE BIONDI. Volume di pagine VIII-94. Prezzo L. 12. Per i nostri abbonati sole L. 10.90.

LA PERIZIA NELLA PRATICA INFORTUNISTICA. *Guida per i medici periti.* (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefaz. del prof. CARLO FERRAI. Vol. di pagg. VIII-80. Prezzo L. 10. Per i nostri abbonati sole L. 8.75.

LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE. (Dottor A. VIGO - *doctor Justitia*). Volume di pagine XVI-214, contenente Leggi, Decreti, Regolamenti, Circolari e tutto ciò che si riferisce all'esercizio professionale, ad uso dei Medici condotti, dei liberi esercenti, degli ufficiali sanitarii e del personale addetto ai laboratori di vigilanza igienica. Prezzo L. 16. Per i nostri abbonati sole L. 13.75.

(*continua alla pagina seguente*).

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 — ROMA

ANNO XXXVI — Roma, 9 Dicembre 1929 — Num. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Leishmaniosi in soggetto di 52 anni contratta in Abruzzo.

T. PONTANO

prof. inc. di Clinica delle malattie infettive nella R. Università di Roma.

Sarebbe superfluo illustrare un caso clinico di Leishmaniosi, contratta in Italia: è noto che in molte provincie d'Italia la malattia è stata diagnosticata nei paesi bagnati dal Mediterraneo, sul litorale adriatico, sul Tirreno, e in qualche città lontana dalla costa. Aggiungerei un'altra provincia al novero di quelle colpite già conosciute e precisamente un paese situato sulla sponda adriatica; ma il caso clinico, che io brevemente illustro, si presta a considerazioni d'ordine generale che a me sembrano importanti, e reca una nota decisiva a tante discussioni ancora aperte.

Si tratta di un uomo di 52 anni, M. U., pensionato ferroviario, nato e residente dal '24 in Abruzzo (Roseto, sulla costa adriatica, in provincia di Teramo), indenne da malattie veneree, ammogliato senza figli. Da ragazzo ebbe polmonite, e nel '23 una nuova polmonite. È malato dal febbraio '29.

La malattia si iniziò con febbre alta e forte cefalea. Dopo i primi 10 giorni la febbre diminuì e rimasero piccole elevazioni serali; la cefalea si attenuò e, sebbene l'appetito fosse discretamente conservato, si iniziò un periodo di decadimento notevole delle forze.

Fu assoggettato a cure antiluetiche, avendo un sanitario ritrovato la reazione di Wassermann positiva. Non cedette la febbre, anzi ogni tanto periodicamente si presentarono crisi febbrili alte con lieve brivido e qualche sudore. Fu assoggettato a cure chininiche intense, tanto più che il paziente cominciava ad accusare violento dolore nella regione ipocondriaca sinistra. Nemmeno con la cura chininica la temperatura accennò a scendere alla norma, anzi irregolari si ripresentarono le febbri, spesso elevate nelle ore pomeridiane. Il paziente si lamentava di tosse stizzosa con espettorato mucopurulento e di dolori vaganti.

Persistendo la febbre e l'astenia, il deperimento con notevole anemia, persistendo dolori all'ipocondrio sinistro e anche alla base del torace a destra, egli viene a Roma.

I dati fondamentali quali risultavano da una prima osservazione (17 maggio '29) erano i seguenti: discretamente nutrito, la cute pallida, erpes labialis, non edemi. Polso 90. R. 18. Temp. 37.9. A carico dei polmoni qualche sibilo alle basi; il cuore nei limiti, con toni netti. L'addome aumentato di volume, senza liquido, nè reticolo; il *fegato* in alto al 5° spazio sull'emiclaveare, scende sotto l'arco costale per 4 dita trasverse, duro, liscio, indolente, altezza massima 22 cm. La *milza* in alto al 7° spazio sull'ascellare media, deborda dall'arco costale di 6 dita trasverse (altezza massima 20 cm.): è dura, liscia, leggermente dolente, a forma di focaccia allungata, facilmente spostabile. Scarsi e piccoli gangli su tutte le stazioni linfatiche.

Sul dorso delle mani, più estesa a S., una *chiazza di eritema* con piccole papule, che parzialmente scompaiono sotto la pressione, leggermente pruriginosa.

Nè albumina, nè zucchero nelle urine; presente urobilina, negativo il sedimento.

Il nostro malato, di 52 anni, presentava adunque *da tre mesi febbre irregolare;* in questi tre mesi era divenuto *debole e pallido*, l'esame clinico dimostrava *una epatosplenomegalia notevole con urobilinuria.* Il malato era stato curato per sifilide e per malaria inutilmente.

Il nostro orientamento clinico, coi soli dati obbiettivi e anamnestici, era, nè poteva essere diversamente, incerto: epatosplenomegalie con febbri prolungate possono avere origine la più svariata. Tra le forme di origine infettiva, una doveva essere subito sospettata come capace di dare febbre per mesi irregolari e ondulanti con milza e fegato ingranditi e dolori simili a quelli di cui il malato si lamentava: l'*infezione melitense.* La sierodiagnosi e l'emocultura resultarono negative.

Esclusa la diagnosi, che si presentava come diretta illazione della storia e dell'esame clinico, era necessario completare lo studio del caso. La *conta dei globuli* diede i seguenti resultati:

Emazie 4.296.000; leucociti 1900; Hb 70 %; val. glob. 0,82.

La formula leucocitaria:

Polimorfonucleari: neutrofili 23 %; eosinofili 1 %; basofili 0 %.

Mononucleari: linfociti 64%; monociti 2%.

Nessuna alterazione importante a carico delle emazie.

Il resultato dell'esame del sangue apparve ai nostri occhi davvero interessante e capace di fornire orientamento alla diagnosi. In questo malato, in cui l'infermità si era iniziata come una malattia acuta febbrile, a febbre ondulante, l'esame del sangue rivelava una modica anemia coi caratteri dell'anemia secondaria ma *con una leucopenia di grado eccezionale* (1900 leucociti per mmc.) e *con una inversione della formula leucocitaria*, in cui il valore percentuale delle cellule mononucleari, era più che doppio di quello delle cellule polinucleari.

Diventava superflua qualunque discussione riguardante molte forme di splenomegalia (malattie del sangue) e si *riduceva l'attenzione a quelle forme infettive ad andamento prolungato, caratterizzate da epatosplenomegalia ed anemia.* La *leucopenia estrema* (accertata con numerose conte eseguite su prelevamenti differenti) faceva escludere la malaria (il malato non era cachettico), la melitense, la sifilide, tanto più che con la leucopenia si associava inversione della formula leucocitaria.

Il malato era *un adulto*, viveva in un paese dell'Abruzzo: questi dati rendevano per lo meno audace il sospetto che si presentava logico frutto dell'indagine clinica: epatosplenomegalia febbrile con febbre periodica, leucopenia estrema, inversione della formula leucocitaria, avrebbero senz'altro indotto a porre la diagnosi di Leishmaniosi se avessimo avuto davanti un bambino, un adolescente, un giovane; in Italia e in un adulto di 52 anni il sospetto diagnostico, allo stato delle cose, doveva sembrare una audacia. Fulci e Basile a Roma, su reperto di autopsia, ne descrissero un caso di 19 anni; « le malade le plus âgé, afferma Nicolle, dont l'observation ne soit pas discutable, comptait 19 ans ».

Ma il peso dei fatti osservati era tale da indurci, prima di ogni altra ricerca, al mezzo diretto decisivo per risolvere il problema e ci sentimmo autorizzati a pungere la milza: i preparati allestiti col succo splenico diedero come reperto (colorazione Romanowski - Leishmann) una innumerevole quantità di Leishmanie in gran parte incluse nelle grosse cellule spleniche, in parte libere. Ogni dubbio diagnostico era risoluto: *il nostro malato, uomo di 52 anni, che da 5 anni non si era mosso dall'Abruzzo era affetto da Leishmaniosi.*

Le ricerche furono completate, oltre *alle sierodiagnosi e all'emocultura negativa*, anche *la reazione di Wassermann resultò negativa* nelle nostre mani, eseguita con metodo classico e con tre antigeni; l'esame del sangue periferico negativo. *La cultura del succo splenico in terreno di Nicolle* (NNN), dopo 5 giorni, diede luogo allo sviluppo di forme flagellate di Leishmania, che per ora chiamo Leishmania senza appellativo.

La *reazione del siero di sangue al formolo* (secondo la tecnica di Napur e di Muir) diede resultato positivo completo e precoce: in 2 minuti il siero di sangue, con l'aggiunta di una goccia di formalina, si trasformò in una massa solida dell'apparenza del bianco d'uovo.

La *cultura del sangue in terreno NNN negativa;* egualmente negativa *in sangue citratato;* in quest'ultimo terreno negativa anche la cultura del succo splenico.

*
* *

Questo caso di Leishmaniosi, sicuramente accertato, si presta ad utili considerazioni cliniche, e a qualche conclusione d'ordine biologico generale di una certa importanza.

La Leishmaniosi *può colpire un adulto anche in Italia*: finora in Italia è stata denominata Kala-azar mediterraneo, o Leishmaniosi infantile; come eccezionale è citato da Nicolle il caso di un giovane di 19 anni. Non basta: il parassita ne è considerato la *Leishmania infantum*, perchè essa non aggredisce l'adulto, a differenza di quanto avviene nelle Indie dove la Leishmania colpisce pure prevalentemente le prime età, ma può colpire gli adulti e viene denominata non più *infantum* ma *Donovani!*

Può colpire anche in Italia un adulto: il che significa che nella mente analitica del clinico l'eventualità *Leishmaniosi degli adulti* deve essere ammessa come una eventualità da tenere in considerazione, dacchè la clinica ne dimostra, se pur raro, un caso accertato. Nel nostro malato valorosi medici avevano pensato alla sifilide, alla malaria; non avevano neppure messo nel bilancio delle possibilità diagnostiche la Leishmaniosi, ed in verità chi avesse avuto vaghezza di riscontrare sui libri tra le splenomegalie degli adulti, non avrebbe trovato neppure enumerata la Leishmaniosi.

Deve indurre al sospetto, dacchè la possibilità è dimostrata esatta dal nostro caso, la splenomegalia con epatomegalia, febbrile, accompagnata ad anemia; *ma il punto sostanziale che avvalora il sospetto ed autorizza ad una indagine decisiva (la puntura della milza) è l'esame del sangue. La leucopenia*, quale era nel nostro caso, non si riscontra in nessuna altra malattia febbrile, specialmente *se associata all'inversione della formula leucocitaria.* La puntura della milza, d'altronde innocua se eseguita con tecnica esatta, è mezzo di certezza diagnostica ed è guida ad una cura, che, se precoce, salva il malato.

Giustamente osservava il Gabbi nel '14 che troppo affrettatamente si erano voluti imporre limiti ristretti alle prime constatazioni fatte nel bacino del Mediterraneo e che non si poteva incatenare il futuro con precoci affermazioni. « Se i nostri medici, egli scriveva, in ogni caso di malaria incurabile dell'adulto si facessero a pungere la milza, si troverebbero forse altri casi ». Ed io aggiungerò che se in tali casi l'esame del sangue (leucopenia spiccata, con inversione della formula) fosse spinta per il medico alla esplorazione con la puntura splenica, forse il Kala-azar indiano e l'italiano non sarebbero differenziati dai « limiti d'età ».

Tra Kala-azar infantile e il nostro dell'adulto, *nessuna differenza clinica, nessuna differenza parassitaria*: la febbre, lo stato generale, il comportamento della milza e del fegato, manifestazioni cutanee ed intestinali, il comportamento del sangue sono identici. Nè basta: nel nostro malato, adulto di 52 anni, la *cultura è stata positiva* negli stessi terreni di Nicolle che si ritenevano specifici per la L. infantum. Morfologicamente poi e nel reperto parassitario della milza e nelle forme flagellate nessuno potrebbe trovare una benchè minima differenza tra quella da noi rinvenuta e coltivata e quella descritta nel Kala-azar del Mediterraneo detta infantum.

La Leishmaniosi adunque può nel Mediterraneo colpire l'adulto colla stessa sintomatologia con la quale colpisce il bambino, senza che vi siano apparenti differenze parassitarie, sicchè, se pure la frequenza per ora si appartiene alla età infantile, è per lo meno improprio parlare di Leishmania infantum!

Si potrebbe pensare che questo mio caso sia il primo della serie degli adulti o indiana rinvenuto in Italia, e che come nelle Indie si può svolgere di pari passo, accanto a quella infantile. È nota la discussione sulle differenze che alcuni vogliono stabilire tra le varie specie di Leishmanie.

Nel recente volume di Brumpt, l'A. pur facendo ampie riserve, distingue ancora ben cinque specie nel genere Leishmanie: tropica, brasiliensis, nilotica, Donovani, infantum!

C'è da domandarsi a quale delle specie appartiene la Leishmania da noi rinvenuta nel succo splenico e coltivata.

Ricordo rapidamente che i criteri i quali, secondo alcuni, valgono per la identificazione delle varie specie, sono ad uno ad uno tutti caduti dinnanzi allo sperimento convenientemente allargato. E così, mentre tutti sono d'accordo che qualunque specie di Leishmania non è morfologicamente distinguibile e nello stadio intracellulare o libero aflagellato e nello stadio flagellato in cultura in terreno speciale, tutti hanno dovuto riconoscere che il sangue citratato è pessimo terreno di cultura, che spesso

fallisce allo scopo, e che non può quindi essere ritenuto mezzo di cultura differenziale; mentre il terreno NNN è ottimo per qualunque Leishmania, di qualunque provenienza e qualunque sia la sua nazionalità. Del resto nel sangue citratato si dovrebbe sviluppare solo la Donovani, mentre Jemma, Di Cristina, Longo sono riusciti a coltivare quelle che determinano il Kala-azar nei bambini, ossia la L. infantum. E gli animali da esperimento più che dividere, sono serviti sempre più a ravvicinare e ad identificare in una sola le varie specie di Leishmanie: con ogni specie di Leishmania si infetta la scimmia, il topo, il ratto; il cane non sfugge alla infezione con la Donovani, se invece di limitarsi ai dati clinici, gli animali sono considerati ed esaminati dal punto di vista culturale ed anatomo-patologico.

Da molti oggi si distinguono due specie di Leishmania di cui una è specialmente dermotropa, specializzata quindi nel dare lesioni cutanee (tropica), l'altra è viscerotropa e dà la forma viscerale (Donovani). Senonchè anche qui l'esperimento ha dimostrato che una Leishmania coltivata da un Kala-azar viscerale può provocare un bottone d'oriente negli animali da esperimento, e inversamente una Leishmania tropica può provocare lesioni viscerali nel topo (Brumpt). Le barriere, artificialmente create, cadono ad una ad una, l'identità morfologica si completa coi caratteri culturali, coi dati sperimentali; resta a differenziare le Leishmanie solo il criterio della provenienza (infantum, Donovani, tropica), a seconda che essa proviene da un bambino, da un adulto, da una lesione cutanea (bottone d'oriente).

Se lo studioso di laboratorio dovesse, davanti ad un ceppo di Leishmania d'origine ignota, decidere della specie, qualunque criterio discriminativo verrebbe meno allo scopo e lascerebbe incerto: la nostra Leishmania infatti coltivata in un malato nel bacino del Mediterraneo, bene sviluppata in terreno NNN, e non in sangue citratato, avrebbe dovuto appartenere alla specie infantum, ma proveniva da un adulto di ben 52 anni! ed allora non ha più ragione di essere o non può per lo meno essere più giustificata la qualifica della specie infantum, quando questa non ha caratteri morfologici, non ha caratteri decisivi culturali, può aggredire l'adulto determinando il medesimo quadro morboso.

Per differenziare le specie di Leishmania ha portato un contributo importante il compianto Noguchi, il quale riprendendo i tentativi del Bandi, riferì alla conferenza internazionale sui problemi igienici dell'America tropicale (1924) di aver potuto provocare agglutinine specifiche negli animali utili a distinguere le Leishmanie in tre specie. Egli concluse che per le proprietà agglutinanti la *L. Donovani doveva considerarsi identica a quella infantum;* mentre era differente da quella tropica e da quella brasiliensis. Per Noguchi le specie di Leishmania adunque, riconoscibili per mezzo dell'agglutinazione, sono tre: la Donovani o infantum, la tropica e la brasiliensis. I resultati di Noguchi ebbero qualche conferma (Klinger), ma hanno lasciato increduli molti studiosi per la difficoltà del giudizio e per la variabilità dei resultati.

Per quel che riguarda la differenza tra Donovani e infantum io credo non sia più lecito ostinarsi a ritenere come dimostrative differenze peregrine e artificiose, quando la patologia umana oramai è decisamente contraria alla distinzione, quando la patologia umana in altri campi ci mostra che, cambiando condizioni di luogo, di soggetto, di costituzione, di trasmissione, lo stesso parassita può occasionare i quadri clinici più differenti, e un virus mutare il suo dermotropismo in viscerotropismo più particolarmente in neurotropismo.

Perfino le barriere che dividono in qualche modo la tropica dalla viscerale, sono destinate a sparire se meglio saranno noti i veicoli di trasmissione e particolari stati immunitari delle varie età e dei vari tessuti: io devo soggiungere che, sebbene mancasse il controllo microscopico, clinicamente io avevo diagnosticato nello stesso paese un altro caso di Leishmaniosi e precisamente un tipico bottone d'oriente frontale!

*
* *

Il nostro malato ha presentato *manifestazioni cutanee* quali sono state descritte nel Kala-azar viscerale: chiazze di arrossamento, essudative, con formazione di papule isolate o confluenti eritemo-emorragiche. Non ho ritrovato i parassiti allestendo preparati dalle scarificazioni.

Il paziente ha presentato una *episodica manifestazione gastro-intestinale a tipo dissenterico*, quale si suole con frequenza constatare nel quadro clinico della Leishmaniosi infantile.

È stata iniziata la cura specifica col tartaro stibiato. Il primo rimedio usato è stato l'*antimosan* a dosi progressive da 5 ad 8 a 10 cmc. a giorni alterni. Dopo l'introduzione di 80 cmc. per via endovenosa nello spazio di un mese, noi abbiamo ottenuto i seguente resultati: la febbre non è scomparsa, e mantiene il tipo irregolare, con tregue di apiressia brevi, e

qualche improvvisa cuspide febbrile. Lo stato generale è migliorato e nella nutrizione e nella sanguificazione, i corpuscoli rossi diminuiti all'inizio, sono di nuovo saliti fino a 4.000.000; persiste la leucopenia estrema (2000-2800 leucociti) con la classica inversione della formula leucocitaria. La milza non è ridotta di volume, nè ridotto di volume appare il fegato, sebbene i dolori splenici siano notevolmente diminuiti, la puntura della milza ha dato resultato positivo per la ricerca della Leishmania al 7° giorno di cura, al 15°, al 30° giorno di cura: i parassiti si presentano di perfetta morfologia, colorabili col Romanowski, meno raggruppati e con maggiore tendenza alla forma libera. La reazione al formolo sempre positiva, rapida e intensa.

Siamo ricorsi nel secondo mese di cura al tartaro stibiato, soluzione al 2 %, elevando la dose progressivamente da *10 a 30 cg*. Con queste dosi il paziente accusa secchezza della gola insopportabile per circa mezz'ora con tosse stizzosa, della durata di circa un'ora, senso di profondo malessere che ci ha costretto a distanziare le dosi di 3-4 giorni; la cianosi lieve e transitoria.

Gli effetti utili *sono più evidenti*: le emazie elevatesi a 5.000.000 sebbene la leucopenia persista, la febbre ha avuto qualche riaccensione ma in complesso si mantiene bassa sui 37,2. Dopo 15 giorni di trattamento col tartaro stibiato nella seconda serie delle iniezioni endovenose ancora la puntura della milza ha permesso di rilevare presenza di Leishmanie meno numerose, ma ben colorabili, che hanno dato resultato negativo in un secondo tentativo culturale eseguito nelle stesse condizioni e col medesimo terreno che diede la prima volta la cultura positiva (terreno NNN).

La resistenza alla cura col tartaro stibiato anche a dosi superiori di quelle consigliate differenzia notevolmente il comportamento di questa Leishmaniosi nell'adulto da quello che costituisce oramai l'esperienza concorde nella Leishmaniosi infantile, in cui la malattia cede piuttosto rapidamente al rimedio specifico.

Converrà insistere ancora dopo i primi due mesi di cura che non sono bastati a sterilizzare l'organismo infetto dalla Leishmania; forse converrà, con precauzione, superare quelle dosi di 30 cgr. che si sono mostrate insufficienti per l'esito rapido favorevole.

RIASSUNTO.

Lo studio di un caso di epatosplenomegalia febbrile in adulto di 52 anni porta al sospetto di Kala-azar per la leucopenia estrema associata ad inversione della formula leucocitaria. La diagnosi è confermata dall'esame microscopico del succo splenico e dalla prova culturale in terreno NNN.

Il caso dimostra che in Italia il Kala-azar non è esclusivamente infantile, ma che può colpire anche gli adulti.

Considerazioni sui caratteri della Leishmania coltivata e sulle conoscenze più moderne inducono l'A. a sostenere che esiste una specie sola di Leishmania.

Il caso curato col tartaro stibiato per via endovenosa mostra notevole resistenza al rimedio.

Tre casi di febbre ondulante da "Bacillus abortus" nell'uomo.

Dott. Ferdinando Capaccini - Forcoli (Pisa).

Le numerose pubblicazioni, che, specie recentemente, hanno veduto la luce su questo argomento, non hanno ancora risolto il discusso problema della patogenicità per l'uomo del Bacillus abortus di Bang.

Credo utile per questo riferire tre casi di febbre ondulante, che per l'insieme dei suoi caratteri, mi sembra si debba riguardare come un'infezione da Brucella var. abortus.

Trascrivo i casi:

Caso I. — F. G., di a. 6, di Palaia. È un bambino di buona costituzione fisica, che è stato sempre bene. Nulla di notevole da rilevare nell'anamnesi famigliare e personale. Nel mese di febbraio 1928, il bambino si ammala improvvisamente, con febbre alta (39°-40°) a tipo continuo-remittente. La febbre è accompagnata da profusa sudorazione, specie quando si ha defervescenza.

E. O. — Condizioni generali depresse. Colorito pallido, gangli normali. L'esame dell'app. respiratorio e dell'apparecchio cardio-vascolare è normale. La lingua è suburrale, l'alito fetido, la stitichezza ostinata e il ventre è leggermente meteorico. Fegato di consistenza aumentata. Milza sensibile e ben palpabile. L'orina è normale. Dopo otto giorni di malattia comparvero dei dolori articolari diffusi, che però a poco a poco si attenuarono. La febbre persiste uguale. La sierodiagnosi praticata in 15ª giornata dette risultati positivi per il Bang alla diluizione 1/900 e per il micrococco di Bruce 1/200.

Caso II. — F. L., di a. 25, coniugato, di Palaia. Uomo di costituzione fisica regolare; magro, pallido. Nulla si rileva di importante nell'anamnesi personale. Si ammala quasi contemporaneamente al precedente con febbre alta, a tipo remittente, e accompagnata da cefalea e sudorazione profusa.

L'e. o. non fa rilevare nulla di notevole a carico del torace e del cuore. Si apprezza una leggera tumefazione del fegato e della milza, che è dolente alla palpazione.

L'appetito è assente, non vomito. Esiste diarrea. L'a. accusa una diffusa dolorabilità agli arti e alle articolazioni. La febbre dopo una settimana si abbassa notevolmente con remittenze fino a 37°,5. In 18ª giornata faccio praticare la sierodiagnosi che dà risultato positivo per il melitense alla diluizione 1/500 e per il Bang 1/1000.

CASO III. — F. E., di a. 30, coniugata, di Palaia. Donna di costituzione robusta. Nulla da riferire per l'anamnesi famigliare e personale, remota. La donna si ammala nell'aprile 1928.

Dopo alcuni giorni di disturbi vaghi: cefalea, stanchezza generale, dolorabilità articolare, senso di malessere; comparve febbre alta, oltre 40°, con forte brivido di freddo. Visitata da un altro sanitario fu sospettata, prima una polmonite, poi una pleuro-polmonite, senza che però compaia nulla in seguito. Però continua la febbre alta, con dolori generali agli arti e sudorazione abbondante, febbre che ha delle oscillazioni rapide e profonde, con massimi di 40° alla sera e minimi di 37°,5 al mattino. In 15ª giornata di malattia cade alla mia osservazione.

L'a. non presenta nulla di anormale all'apparecchio respiratorio e a quello cardio-vascolare. Il fegato deborda dall'arcata costale, ben palpabile e leggermente dolente. La milza è molto ingrossata e sensibile.

L'esame delle orine è negativo. Consiglio l'esame del sangue e la sierodiagnosi risultò nettamente positiva per il Bang, a diluizione 1/1000, e per il melitensis 1/400.

In questi casi il vaccino melitense, preceduto da una dose alta (20 cmc. negli adulti e 10 cmc. nel bambino) di siero antimelitense (I. S. M.) ebbe risultato nullo. La malattia non fu per niente modificata e la febbre scomparve lentamente e dopo una lunga cura ricostituente, alimentare e climatica.

Le conclusioni degli studiosi che si sono occupati di questo argomento, non sono sempre concordi. Infatti due tendenze si contendono il campo, sia sperimentale che pratico, e alcuni asseriscono ed altri negano che il B. di Bang sia patogeno per l'uomo. Non sto qui a riportare in proposito le opinione dei vari ricercatori, perchè soltanto le citazioni mi porterebbero oltre il compito prefissomi, di uno studio cioè, puramente pratico.

Di necessità devo però fissare un concetto già espresso da altri, ma che mi pare già una convalida alle conclusioni che farò in seguito. Intanto si noti che anche la questione della identità o no, dei due bacilli, abortus e melitensis, non è ancora risolta. Però dal complesso di studi e dalle ricerche batteriologiche si può stabilire che esiste una Brucella con due varietà: Brucella abortus e Brucella melitensis.

La Brucella var. melitensis comprende tutti quei microrganismi (a carattere Brucella) che sono stati isolati da ammalati di febbre maltese; e la Brucella var. abortus, comprende tutti quei microrganismi (a carattere Brucella) che sono stati isolati da animali (vacche, pecore, suini) che abbiano sofferto di aborto epizootico e allevati in regioni immuni di casi di febbre maltese umana e dove è endemico l'aborto (Evans). Ma la differenziazione precisa e sicura dei due germi è, allo stato attuale delle ricerche, impossibile, sia dal lato batteriologico che clinico. Solo la termoagglutinazione può offrire in certi casi dei dati di molta probabilità. Così dicasi della agglutinazione che avviene ad un titolo assai più alto per il Bacillo di Bang, che per il melitense nell'infezione di aborto epizootico (Gabbi).

*
* *

Ed ora, prima di trarre delle conclusioni, devo fare alcune considerazioni intorno ai casi sopradescritti. La famiglia, a cui essi appartengono, abita da moltissimi anni in una località collinosa, isolata da ogni aggruppamento di case. Nella zona, come nella famiglia, mai vi furono casi di febbri, da sospettarsi come maltesi: e nessuno tiene greggi di pecore all'infuori di loro. Per il pascolo, per la stalla e per tutte le mansioni che si riferiscono alla vita di queste pecore, provvedono da soli, senza aiuto di estranei; il latte non viene bevuto che da quei coloni e venduto dopo manipolazioni sufficienti a distruggere eventuali germi in esso contenuti. Si deve notare che nel gregge in parola (a detta dei famigliari) non si era mai verificata una epidemia di aborto epizootico, così intensa come nel 1928. L'esame del sangue praticato in diversi campioni prelevati a pecore che avevano abortito. dette sempre un'agglutinazione fortemente positiva per il Bac. di Bang e leggera per il melitense.

L'insieme di queste considerazioni e il risultato della sierodiagnosi dei tre ammalati, che dette sempre agglutinazione ad un titolo più alto per il Bang, che per il melitense, mi sembrano criteri sufficienti per ammettere in questo caso un'infezione da Brucella abortus. L'agente infettivo sarebbe qui di origine ovina, a differenza della maggiore parte dei casi, riferiti da altri, di origine bovina.

Dall'osservazione clinica dei casi sopra esposti, si rileva l'estrema difficoltà della differenziazione semeiologica e pratica di forme morbose puramente maltesi, da quelle prodotte da Bacillo di Bang. Io non credo — al contrario di altri osservatori — che si possa fare una diagnosi differenziale. La curva febbrile, la sudorazione, la cefalea, i dolori vaghi e dif-

fusi, la spleno- ed epatomegalia, la stipsi o la diarrea, l'anoressia ecc., sono segni comuni dell'una e dell'altra infezione. Può invece servire come criterio differenziale la notizia di casi di aborto epizootico, che possono fare sorgere il sospetto di trasmissione all'uomo dell'agente infettivo.

Neppure il concetto terapeutico può fornirci indicazioni per una diagnosi differenziale. Infatti anche i vaccini specifici, già difficili a ottenersi con microrganismi puri, non dànno un risultato deciso. Il comune vaccino melitense è completamente inefficace, giacchè l'infezione, anche dopo il suo uso, ha un esaurimento lento e graduale come si può avere spontaneamente. Questo comportamento ha un certo valore differenziale perchè nelle infezioni sicuramente maltesi il vaccino melitense (preceduto dal siero) ha un valore e un potere curativo assai prezioso.

L'epidemiologia della infezione da bacillo di Bang, ci mostra anche il criterio profilattico da adottare, in simili casi. La prima cosa e più importante da farsi, sarebbe la vaccinazione degli animali (capre, pecore, ecc.) ai primi casi di aborto. Occorre quindi, una disinfezione accurata delle mani e delle vesti degli individui addetti alle stalle, pulizia massima e disinfezione degli ambienti dove sostano o permangono animali affetti da aborto epizootico. Soprattutto evitare l'assistenza all'aborto a persone che abbiano lesioni di continuità alle mani o alle braccia e proibire l'uso del latte crudo.

RIASSUNTO.

L'A. illustra tre casi di infezione da Bacillus abortus di Bang nell'uomo, di origine ovina. Ne discute la patogenesi, la diagnosi, la terapia e la profilassi.

Ottobre, 1929-VII.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un nuovo e semplice apparecchio automatico, a comando diretto, per togliere alcuni inconvenienti alla pratica del pneumotorace artificiale.

Dott. IGNAZIO FAZZARI, libero doc. - Palermo.

L'introduzione di gas nel cavo pleurico, di solito, viene eseguita con un ago comune un po' grossetto, a punta non molto aguzza. L'operatore per mezzo di un rubinetto a tre vie, innestato nella parte più alta della boccia del Forlanini, può mettere in comunicazione con la pleura ora il manometro, annesso alla boccia, ora la boccia stessa.

Molto spesso l'ago si ottura durante la penetrazione attraverso la parete toracica ed allora, onde evitare la dannosa manovra della « spremitura » si sono ideati aghi che abbiano la possibilità di poter essere introdotti forniti dell'anima. Di aghi di questo tipo ve ne sono diversi; ma quasi tutti hanno l'inconveniente di mettere in comunicazione l'aria atmosferica esterna con la pleura durante il tempo della estrazione dell'anima, frustrando così qualche volta le cautele asettiche ed antisettiche che l'operatore mette in uso per evitare inquinamenti nel cavo pleurico. E se si pon mente che molto spesso è necessario durante il rifornimento tornare ad immettere l'anima nell'ago per togliere frustolini di tessuto o goccioline di sangue che l'abbiano otturato, oppure quanto spesso, specialmente nelle prime introduzioni, bisogna mettere di nuovo l'anima nell'ago perchè non si sono avute oscillazioni manometriche soddisfacenti, si vede facilmente quale frequenza di possibile inquinamento vi sia con questi aghi.

Inoltre ogni operatore di pneumotorace sa quanto sia noioso, dopo avere introdotto l'ago, pur essendo in cavità, chiudere il rubinetto annesso all'ago, dopo aver tolto l'anima, e cominciare a manovrare l'altro annesso alle ampolle per dare gas o sorvegliare il manometro.

Durante tali manovre si hanno, fatalmente, spostamenti dell'ago che, nelle pleure con aderenze o nelle prime introduzioni, possono far fallire anche il pneumotorace.

L'apparecchio da me adoperato e che fu presentato alla R. Accademia di scienze mediche di Palermo nella tornata del 21 luglio 1928, è costituito da due ampolle di Forlanini semplici, senza manometro e fornite ad una delle loro estremità di un semplice rubinetto di arresto per trattenere il gas nella boccia dopo la carica.

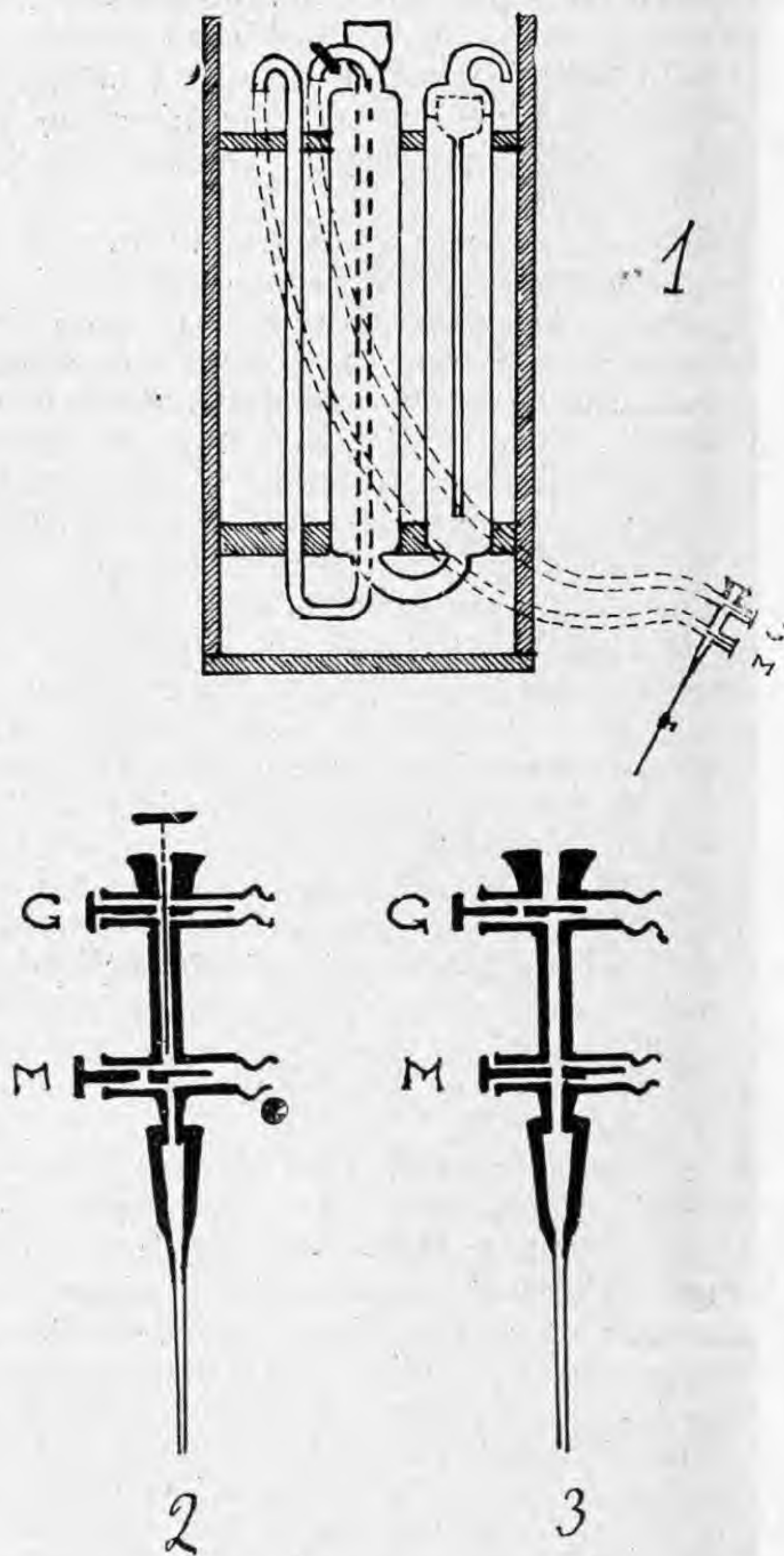
Il manometro è completamente staccato, libero e indipendente dalle ampolle (vedi schema 1).

L'ago automatico da me ideato, brevettato, è formato di due parti: di un ago propria-

mente detto che si innesta a vite e di un porta-ago. Quest'ultimo è provvisto di due innesti laterali uno posto in prossimità dell'ago, l'altro dell'altra estremità del porta-ago. Il primo (M) innesto (v. schema) è in connessione mediante un tubo di gomma col manometro, il secondo (G) è in connessione con l'ampolla del gas. Ambedue gli innesti sono forniti di un'anima comandata da un bottone e regolata in modo che in posizione normale o di riposo (2) il primo innesto fa mettere sempre

1

G M

2 3

in connessione l'ago col manometro, togliendo contemporaneamente la comunicazione tra l'ago ed il resto del porta-ago. Il secondo innesto è in comunicazione col gas, normalmente (3), ma questo non può passare nell'ago, e quindi nel cavo pleurico, se prima non si modifica la posizione del primo innesto (M). Quando si prema il bottone di comando dell'anima di questo (schema 3), si dà via libera al gas; quando non si preme più questo bottone allora automaticamente si interrompe la via al gas e contemporaneamente si mette in connessione il manometro. Col gioco di questo bottone M quindi si comanda a volontà la penetrazione del gas o la connessione al manometro (schema 2).

Quando si voglia mettere il mandrino nell'ago si preme invece il bottone di comando del porta-innesto G. Allora (schema 2) questo non è più in comunicazione coll'ampolla del gas e permette l'entrata dell'anima dall'esterno. Durante questo tempo l'aria atmosferica, come anche l'anima, non possono passare nell'ago finchè il bottone di comando dello innesto M è in posizione di riposo (schema 2). Solo quando si prema anche questo bottone il mandrino può penetrare nell'ago. Anche durante questo tempo l'aria atmosferica non può penetrare nell'ago perchè il foro attraverso il quale passa l'anima è calibrato.

Per adoperare l'apparecchio si procede a questo modo:

Caricata l'ampolla si chiude il rubinetto di arresto di essa. Vi si innesta il tubo di gomma dell'innesto del gas (G). Il manometro è invece in connessione coll'innesto M. L'ago è fornito dell'anima e si fa penetrare nel cavo pleurico: non appena si ha la sensazione della cavità si toglie l'anima; prima che questa sia completamente uscita è già avvenuto il movimento automatico nei due porta-innesti e quindi il cavo pleurico si trova subito in connessione con il manometro; l'aria esterna non può penetrare perchè anche l'innesto G è scattato ed è chiusa quindi la comunicazione tra l'esterno e l'ago. Tolta l'anima il gas non passa se non si preme il bottone M. Muovendo questo bottone (schema 3), senza bisogno di far manovre sul rubinetto dell'ampolla, che basta aprire quando l'ago è innestato ai tubi di gomma, l'operatore può far penetrare il gas e sorvegliare il manometro con tutta facilità, manovrando il solo bottone M colla punta del pollice. L'altra mano resta completamente libera. Se per caso si dovesse rimettere l'anima nell'ago ciò si fa con tutta facilità premendo da prima il bottone G e poi quello M.

L'apparecchio quindi offre i seguenti vantaggi:

1) Non mette mai in comunicazione la pleura con l'aria esterna, anche quando si debba per più volte levare o mettere l'anima in esso;

2) Automaticamente e con facilità di manovra l'operatore può immettere gas o sorvegliare il manometro;

3) L'operatore può far tutto con una sola mano, restando completamente libero con l'altra, senza benchè minimi spostamenti dell'ago.

SOMMARIO.

L'A. descrive un nuovo ago da pneumotorace il quale permette di manovrare l'apparecchio di Forlanini con maggiore facilità, e impedisce qualunque sia pur minima penetrazione di aria atmosferica nel cavo pleurico.

LEZIONI.

Nefrite e nefrosi.

(N. PH. TENDELOO. *Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 4 maggio 1929).

Nefrite e nefrosi differiscono l'una dall'altra come l'infiammazione e la degenerazione. Nei primi anni di questo secolo, il clinico ammetteva spesso delle nefriti — infiammazioni renali — in casi in cui l'anatomia patologica macro- e microscopica non trovava niente di infiammatorio, ma soltanto degenerazione come, p. es., il rigonfiamento torbido in alcuni casi di difterite.

F. Müller, nel 1905, propose per tali casi il nome di nefrosi; denominazione poco felice, la quale sta ad indicare uno stato renale in cui vi è qualche cosa che va male. Tale denominazione, presa soprattutto in senso clinico, si è talmente diffusa che noi ora l'usiamo, come facciamo per altri termini non meno improprii, pur non senza una certa intima repugnanza.

LA NEFROSI.

Intanto, non è sempre possibile differenziare clinicamente la nefrite dalla nefrosi, come accade, del resto, anche per altre malattie. In una serie di casi di nefrosi clinica, l'anatomopatologo trova soltanto dei fatti degenerativi, in altri questi sono accompagnati da tracce di infiammazione, oppure, in altri, come p. es., nel rene da sublimato, da degenerazione con necrosi, necrobiosi; finalmente, anche la nefrite può richiamare alla mente il quadro clinico della nefrosi.

Si possono riscontrare diverse forme di degenerazione; nei casi acuti, si ha spesso una forma di rigonfiamento torbido delle cellule epiteliali dei tubuli contorti e delle branche ascendenti delle anse di Henle, con o senza accumulo di grasso e di lipoide; in alcuni casi, spicca soltanto questo accumulo e manca un evidente rigonfiamento torbido. In casi cronici, si può anche trovare l'accumulo di grasso e di lipoide, spesso con un grado maggiore o minore di rigonfiamento torbido e di atrofia degli epitelî. In certi casi, come p. es., nella tubercolosi polmonare cavitaria ed in altre suppurazioni croniche, si riscontrerà la sostanza amiloide nel connettivo della tunica, nei glomeruli ed altrove, ma non negli epitelî, in cui si avrà rigonfiamento torbido ed accumulo di grasso o lipoide.

Nella nefrosi cronica, come in quella acuta, il rene è evidentemente ingrossato; la superficie di sezione appare arrotondata e come rigonfia, i margini si accartocciano verso l'esterno, ciò che si ha specialmente nelle nefrosi acute. All'esame della superficie di sezione, si riscontra inoltre che la sostanza corticale è molto grossa, di colore più o meno grigio-biancastro, con o senza lucentezza grassa e con fine punteggiatura. Il rigonfiamento torbido, la necrobiosi rendono la sostanza corticale opaca. Senza bisogno di addentrarci in ulteriori esami, dal colore grigio-biancastro della sostanza corticale, possiamo dedurre che essa è scarsa di sangue, ciò che viene confermato dall'esame microscopico. A prima vista, il colore di detta sostanza può sembrare uniforme ma, con un esame più minuto, meglio se con l'uso di una lente, si vede che il colore è variegato, per il fatto di piccoli indurimenti, qui negli epitelî dei canalicoli contorti, là per i glomeruli o lo stroma connettivale. Ma, essendovi nella degenerazione, un certo grado di anemia, si possono vedere, con una lente, i glomeruli come punti rosso-violacei. Ed abbiamo ragione di ritenere che la scarsa irrorazione sanguigna è la conseguenza di un rigonfiamento del tessuto renale dovuto alla degenerazione, mentre la capsula renale, elastica, viene stirata e tesa e comprime il tessuto renale. Ed appunto nel sezionare il rene, nella consueta maniera, la superficie di taglio si arrotonda ed i margini si accartocciano all'esterno per la retrazione della capsula.

La degenerazione diffusa senza segni di infiammazione si ha, di solito, per l'azione di un veleno disciolto nel sangue, come accade per la difterite ed anche nel rene grasso amiloide.

LA NEFRITE.

Che cosa troviamo invece nella nefrite? Anzitutto dobbiamo notare che trattiamo soltanto di un'infiammazione non purulenta bilaterale, probabilmente di natura ematogena, dovuta cioè ad un veleno portato col sangue, connesso o non a microbi, che in alcuni casi ci è ignoto. P. es., in un caso di scarlattina, noi troviamo la sostanza corticale variegata, con parti rosso-violacee, sul fondo di colore normale od anemico. All'esame microscopico, le parti colorate si vedono ripiene di sangue, sia nei vasi, sia stravasato; si vedono inoltre molti leucociti, sia nei vasi che nei glomeruli ed in grande quantità nel tessuto interstiziale e nei canalicoli urinari. Qua e là, qualche cellula connettivale in proliferazione ed una scarsa degenerazione albuminosa degli epitelî dei tubuli contorti o nella branca ascendente dell'ansa di Henle. Si ha, cioè, un'infiammazione a focolaio, prevalentemente cellulare ma in parte anche emorragica, specialmente nel connettivo interstiziale, ma anche glomerulite. Nella forma scarlattinosa, si sono anche trovati emboli di streptococchi nelle anse glomerulari ed altrove; probabilmente ad essi sono dovuti i fenomeni infiammatori. Se l'ammalato rimane in vita, può accadere in molti

casi che, dopo molti anni di apparente salute si riscontri un rene grinzo.

Perchè in simili casi parliamo noi di infiammazione?

L'INFIAMMAZIONE E LA DEGENERAZIONE IN GENERE.

Nell'infiammazione, il patologo ed il clinico ammettono che vi sia: essudato fluido con (o senza) fibrina, fuoriuscita di leucociti, segni di degenerazione, necrosi e segni di proliferazione connettivale o di ciò che noi riteniamo tale. Oltre a ciò, noi troviamo una dilatazione dei piccoli vasi ed, in altri casi invece, un restringimento di essi (quindi l'anemia) ed anche delle emorragie.

Dal punto di vista istologico, dunque, l'infiammazione consiste in alterazioni essudative degenerative o necrosi e segni di proliferazione. Non sempre però sono dimostrabili questi fatti, mentre, per l'origine, il decorso ed i fenomeni clinici, si deve ammettere l'infiammazione. Così, nell'infiammazione cronica del connettivo sottocutaneo, possono mancare la degenerazione e la necrosi; oppure, in certe infiammazioni acute, i fatti di proliferazione possono essere appena accennati, oppure, la fuoriuscita dell'essudato può essere resa difficile dall'elevata tensione del tessuto.

Ma quale è la ragione per cui un veleno che agisce dall'interno provoca una volta la nefrosi, un'altra la nefrite?

Si devono anzitutto considerare le proprietà chimiche e fisico-chimiche dei diversi veleni, per cui alcune cellule sono sensibili a questo, altre a quel veleno. Un confronto è possibile solo nella perfetta parità di circostanze, p. es., quando entrambi i veleni hanno la stessa solubilità nel sangue ed entrambi sono portati dalla corrente sanguigna. Noi abbiamo tutta la ragione di ritenere che, nella difterite, nella tisi come nella scarlattina, i veleni giungano al rene per la via sanguigna. Ma, mentre per la difterite, per la tisi (in cui si ha anche un rigonfiamento torbido degli epitelî) il veleno è presumibilmente sciolto nel sangue sicchè si ha una degenerazione diffusa dell'epitelio, nel rene scarlattinoso noi troviamo soltanto un'infiammazione a focolaio dei glomeruli o, prevalentemente, del connettivo interstiziale o di entrambi, mentre il tessuto che si trova fra i focolai è esente da fatti infiammatori. Inoltre, noi sappiamo che all'inizio di questa infiammazione si trovano emboli di streptococchi nei capillari del tessuto colpito e non si vede mai una degenerazione diffusa del tessuto non colpito. Tutto questo giustifica la opinione che la nefrosi abbia origine per la azione sull'epitelio di un veleno più o meno sciolto, od almeno uniformemente distribuito nel sangue. Noi accenniamo qui specialmente al rigonfiamento torbido, alla necrobiosi, alla degenerazione grassa.

La nefrite scarlattinosa si può pienamente spiegare con emboli streptococcici nei capillari; la formazione a focolai di questa infiammazione assomiglia molto a quella degli ascessi ematogeni del rene nella piemia ed è in entrambi i casi dipendente da emboli microbici nei capillari delle arterie glomerulari.

Con ciò, noi portiamo in questo processo un fattore diverso dalle proprietà chimiche o chimico-fisiche del veleno e cioè la suddivisione uniforme del veleno disciolto, in un caso, e l'ineguale ripartizione capillare dei microbi in forma di emboli, in un altro.

L'osservazione di limitatissimi fenomeni infiammatori in alcune nefrosi deve far ammettere l'esistenza di altre possibilità.

Quando, p. es., in un rene da sublimato od in un rene difterico, con un rigonfiamento torbido diffuso e necrobiosi o necrosi, non troviamo nessun fatto di proliferazione, ma, qua o là, un piccolo accumulo di leucociti fuoriusciti dai vasi, possiamo pensare alla possibilità di un'infezione secondaria o di altra infiammazione indipendente dalla nefrosi e dalla sua causa. Ma non possiamo escludere la possibilità che un veleno diffuso provochi la degenerazione in alcune parti e dia, per un'altra costellazione di fattori, anche infiammazione.

Come è possibile questo? Supponiamo che un veleno in una certa concentrazione provochi una determinata infiammazione, mentre ad una meno forte dia invece il rigonfiamento torbido ed, in certa misura, degenerazione grassa. Se esso agisce dapprima nella concentrazione più debole, darà il rigonfiamento torbido con aumento della tensione del tessuto ed un'anemia generale della sostanza corticale; quanto minore è la quantità di sangue, tanto più scarsa è la possibilità che fuoriesca l'essudato di leucociti. Ne segue che allorchè la concentrazione del veleno raggiunge la quantità necessaria per provocare l'infiammazione, mancherà l'essudato di leucociti, salvo in alcuni distretti dove la tensione del tessuto e l'anemia sono minori. In tali casi, si potrà avere nel tessuto degenerato e non infiammato la proliferazione, sicchè la nefrosi potrà essere considerata come un'infiammazione incompleta.

Condizioni simili potremo trovare nelle neuriti, di cui alcune sono considerate come tali dal clinico (alcoolismo, alcune avitaminosi) mentre non si trova affatto infiammazione ma soltanto degenerazione grassa del nervo.

LE CONDIZIONI SPECIALI DEL RENE.

Le nostre conoscenze sulla dipendenza fra le diverse capacità del rene e le sue parti anatomiche non hanno ancora una base sicura.

Si ammette però generalmente che l'acqua, con una piccola quantità di sostanze disciolte venga eliminata, probabilmente per trasudazione (filtrazione e diffusione) dai glomeruli,

mentre la maggior parte delle sostanze solide viene invece eliminata dai tubuli contorti ed il liquido così formato viene poi inspessito nei canali di eliminazione per riassorbimento di acqua, come si ammette che avvenga nel crasso per il contenuto intestinale.

Altri, invece, ritengono che nei canalicoli urinari vengano eliminati soltanto l'acqua ed il cloruro di sodio, mentre l'inspessimento si avrebbe nella capsula del Bowmann.

Qualunque opinione si accetti, l'essenziale dei processi che si svolgono nel rene si trova nel rapporto fra canalicoli e glomeruli.

Molte ricerche dei fisiologi hanno portato a ritenere che la quantità di urina formata in un dato tempo dipenda dalla quantità di sangue che passa in quel dato tempo per i reni e dal contenuto del sangue in acqua. Nel malato, se il contenuto in acqua del sangue non varia, potremo dire che la quantità di sangue che in un determinato tempo passa per i reni viene determinata dal rapporto fra l'impulso del sangue e le resistenze che esso vi incontra, cioè dall'ampiezza del territorio vasale dei reni.

Come forza di impulso del sangue attraverso i reni, possiamo considerare la differenza fra la pressione sanguigna nell'arteria e nella vena renale, in quanto che la forza viva, in un territorio vasale come quello del rene con ampia rete capillare è da considerarsi trascurabile.

Ora, se l'azione del cuore diminuisce, diminuisce anche la pressione arteriosa ed aumenta invece quella venosa. Diminuisce quindi la differenza fra pressione venosa ed arteriosa, cioè l'impulso, e quindi, la quantità di sangue che, in un determinato tempo passa per il rene e, di conseguenza, la quantità dell'urina che vi si forma e che viene eliminata (urina da stasi). Con questo meccanismo, si spiega la stasi capillare e venosa che si riscontra macro- e microscopicamente.

Nel rene grinzo, noi troviamo un certo numero di glomeruli più o meno sclerosati, ciò che porta ad un restringimento del territorio renale. Il cuore ipertrofizzato finchè rimane valido, mantiene una pressione elevata nell'arteria renale e manda per il rene una tale quantità di sangue che si ha la poliuria nonostante il restringimento del territorio funzionante. Ma, tostochè si ha l'indebolimento cardiaco, si abbassa la pressione nell'arteria renale e l'oliguria prende il posto della poliuria.

Nei diversi casi di nefrite si avranno le condizioni seguenti.

La glomerulo-nefrite acuta può provocare un rapido restringimento delle anse glomerulari ed altresì una nefrite interstiziale acuta per pressione dell'essudato ed accumulo di leucociti, oliguria, con o senza edemi, quando la pressione nell'arteria renale non aumenti entro una certa misura. Il numero dei focolai può essere più o meno grande; da ciò la differenza nel restringimento del territorio vasale e nella pressione dell'arteria, a cui si devono la diminuzione della quantità di urina, la comparsa di edemi, ecc.

Ma, non appena diminuisce la quantità di sangue che passa per i glomeruli, si ha diminuzione non solo del lavoro dei glomeruli, ma anche dei canalicoli. Questi ricevono tutto, o quasi tutto, il sangue dai vasi afferenti, che lo portano dai glomeruli nel sistema capillare dei canalicoli.

Anche se i canalicoli urinari non vengono in altro modo danneggiati, la funzione delle loro cellule epiteliali ne viene a soffrire, per il deficit di afflusso sanguigno e va di pari passo con la diminuzione della funzione dei glomeruli. Noi dobbiamo però tener presente che, nella nefrite, anche senza notevole degenerazione od atrofia degli epitelî dei canalicoli urinari, il disturbo della funzione di queste cellule proviene dall'insufficienza dell'afflusso sanguigno.

Nelle nefrosi acute, come in quelle subacute e forse anche nelle croniche, d'altra parte, siano esse o non una degenerazione primaria degli epitelî dei canalicoli urinari, conseguenza dell'alterato funzionamento dei glomeruli, non è da escludersi un certo grado di rigonfiamento del tessuto renale il che, come si è detto, porta ad una notevole anemia della corteccia renale. L'elevamento della tensione del tessuto, conseguente al rigonfiamento, in seguito a degenerazione porta l'innalzamento della pressione sulla parete esterna dei vasi. Se tale pressione aumenta gradatamente, si avrà dapprima restringimento dei soli vasi a pressione più bassa (grosse vene) e, con l'aumento continuo della tensione del tessuto, anche delle altre vene e poi delle arteriole e dei capillari. Così, sul principio, i capillari venosi vengono dilatati per ingorgo di sangue, in seguito al deflusso reso difficile dalla vena ristretta. Anche se le anse glomerulari, relativamente protette nella capsula del Bowmann rimangono notevolmente larghe, circola minor quantità di sangue nella corteccia renale e ne consegue l'oliguria di diversi gradi, fino all'anuria.

Così l'alterazione primaria dei glomeruli può condurre a disturbi nella funzione dei canalicoli urinari e, d'altra parte, la degenerazione primaria degli epitelî dei canalicoli per rigonfiamento può condurre a notevoli modificazioni nella funzione glomerulare.

Ulteriori ricerche, con la collaborazione fra clinici e patologi, sono necessarie per allargare ed approfondire le nostre conoscenze in proposito. Frattanto, provvisoriamente, non è il caso di procedere ad ulteriori suddivisioni delle malattie renali ed è bene mantenere quelle principali, come attualmente.

FILIPPINI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La febbre "boutonneuse„ di Tunisi, la febbre esantematica di Marsiglia e la dengue di Grecia e di Siria: loro possibile identità.

(TRABAUD J. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, Paris, 23 aprile 1929, n. 15).

Già il Conseil di Tunisi aveva notato il 15 gennaio 1929 la identità assoluta tra la febbre papulosa di Tunisi e la febbre esantematica di Marsiglia; ora l'A. stabilisce, riprendendo questo paragone, un confronto più ampio tra queste due forme e la dengue mediterranea e viene alla conclusione che si tratti di una unica forma morbosa.

Vediamo particolarmente i punti di raffronto.

Inizio della malattia e febbre. È brusco, la febbre sale a 39°-40°, poi dopo un plateau con lievi remissioni mattutine cade in lisi dal 15° al 18° giorno (Conseil).

L'inizio è in genere brusco, talora preceduto da insonnia e oppressione. La febbre sale bruscamente a 39°-40°, cade con oscillazioni più o meno regolari discendenti dopo 3-6 giorni (De Brun).

L'inizio brusco si ha nel 15 %. La febbre è costante, sale ai 38°,5-39°,5; presenta piccole remittenze mattutine. Verso il 6° giorno risale a 40° per ridiscendere il giorno dopo. Qualche volta c'è defervescenza progressiva, talora prolungante in febbricola (Sacorrafos).

L'*eruzione* si inizia verso il 4° o 5° giorno con piccole macchie lenticolari irregolarmente disseminate che prendono a poco a poco un aspetto papuloso, rosee cupe. Quest'eruzione si estende anche alla palma delle mani e alla pianta dei piedi ove assume aspetto simile a forme luetiche secondarie. L'esantema persiste anche dopo la convalescenza (Conseil).

L'eruzione è frequente, è data da macchie rosee coi caratteri di roseola, talora invece simili a quelle del morbillo. Colpisce anche la palma e il dorso delle mani. Eccezionalmente è un sintoma iniziale, per lo più compare al 3°-4° giorno. Si prolunga anche nella convalescenza e talora compare in essa (De Brun).

L'eruzione caratteristica è tardiva e polimorfa; appare verso il 5° o 6° giorno; nel 70 % dei casi appare come eruzione critica che si inizia alle mani (Sacorrafos).

La *sindrome dolorosa.* Oltre la febbre e l'esantema sono costanti l'insonnia e i dolori articolari (Conseil); tanto che il malato non può restare un minuto in riposo nel letto, e molti AA. parlano di febbre articolare esantematica, febbre reumatismale eruttiva (De Brun). Anche Sacorrafos descrive i fenomeni dolorosi come quasi costanti, specie molesta è la cefalea frontale. Vi è grande agitazione e delirio.

La *convalescenza.* La malattia guarisce quasi sempre (Conseil). La prognosi generalmente benigna si aggrava nei vecchi e negli epatogastropazienti (De Brun). La prognosi sarebbe meno benigna di ciò che si crede, secondo Sacorrafos potendosi avere sincopi mortali specie per nefrite e diabete complicante.

Epidemiologia. I primi casi appaiono col calore, cessano ai primi freddi, vengono colpite ugualmente tutte le età e tutti i ranghi sociali (Conseil). Anche secondo De Brun la malattia è sempre iniziata nei calori estivi, colpendo in modo eguale tutti gli individui e tutte le razze. Lo stesso afferma Sacorrafos per la dengue mediterranea.

La somiglianza del quadro tra la febbre papulosa (*boutonneuse*), la febbre esantematica e la dengue mediterranea è completa e fortemente suggestiva. L'A. ritiene che si tratti di una unica forma descritta con nomi differenti.

L. TONELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La chirurgia del simpatico.

(R. LERICHE e R. FONTAINE. *X Réunion Neurologique Internationale*, 3-6 giugno 1929)

Rilievi anatomici. Le cellule simpatiche nell'uomo non sono raggruppate nei soli gangli simpatici e gli scambi di fibre tra simpatico e vago sono molto variabili, per modo che si devono fare riserve sul classico antagonismo dei due sistemi.

Rilievi fisiologici. Lo schema classico della vasomotricità non è ammissibile in quanto la chirurgia non arriva a scoprire vasodilatatori la cui soppressione fa prevalere l'azione vasocostrittrice e viceversa; in tali funzioni la parte più importante spetta agli elementi nervosi della parete vasale.

La funzione sensitiva del simpatico risulta sempre più considerevole, come è provato anche dalla persistenza della sensibilità vasale dopo la rachianestesia.

Il simpatico ha relazioni certe con il tono muscolare non ancora ben definite.

Rilievi patologici. 1) Ogni traumatismo periferico o viscerale è un traumatismo della vasomotricità, di solito con conseguenze vasodilatatrici attive, che talvolta persistendo producono lesioni durature: disturbi fisiopatici, osteoporosi, artrite traumatica. Al riguardo tanto i traumi accidentali che quelli chirurgici hanno i medesimi effetti. La reazione vasodilatatrice normalmente conduce alla cicatrizzazione ma può anche passare la misura con la produzione di cheloidi e aderenze;

2) Ogni neuroma posttraumatico d'un nervo può produrre a distanza fenomeni (dolori,

cianosi, disturbi trofici) che sembrano riflessi simpatici perchè la simpatectomia e la ramisezione dànno i medesimi risultati dell'ablazione del neuroma;

3) Il simpatico è un sistema a rete chiusa e perciò le malattie simpatiche hanno sempre una diffusione progressiva con risentimenti a distanza su altri apparati e sullo psichismo.

Rilievi fisiopatologici. La chirurgia del simpatico ha messo in evidenza che:

1) L'eccitazione di alcuni punti della catena cervicale produce dolori, quella del ganglio stellato sindromi che ricordano l'angina pectoris, l'asma, l'edema acuto;

2) Esiste un meccanismo particolare del dolore: quando l'iperemia attiva passa un certo limite, il nervo è alla soglia della sofferenza e quando sopravviene una nuova variazione circolatoria si ha il dolore, il cui meccanismo è quindi simpatico;

3) I disturbi trofici sono l'effetto d'una perversione vasomotoria; non vi sono nervi trofici ma azioni trofiche che sono azioni vasomotorie.

Tecnica chirurgica. Vi sono quattro tipi di interventi simpatici. Le *neurolisi intratronculari* che a distanza sono spesso seguìte da sclerosi e nevrite interstiziale. Le *ablazioni gangionari*, indicate per l'angina pectoris e per l'asma, provocano gravi disturbi e la formazione d'un neuroma cicatriziale. La *ramisezione* ha un'azione vasodilatatrice che dura un paio di mesi e produce modificazioni profonde del trofismo: d'altra parte, poichè la distribuzione dei rami è mal nota, occorre fare larghe ramisezioni, che provocano gli stessi disturbi della gangliotomia. La *simpatectomia periarteriosa* è la meno pericolosa; i suoi effetti durano solo 20-30 giorni, deve essere quindi praticata solo nelle sindromi che possono essere corrette in detto lasso di tempo.

Chirurgia del dolore. Per la cura delle algie possono essere praticate la sezione del nervo sensitivo o della sua radice, la cordotomia e le operazioni simpatiche.

La *neurotomia* o la *radicotomia posteriore* è indicata per le algie a topografia fissa: nevralgia del trigemino e del grande addomino-genitale, meralgia parestesica, algie postерpetiche, dolori arteritici senza crisi vasomotorie. Nelle crisi viscerali tabetiche la radicotomia è sempre seguìta da recidive.

La *cordotomia* è indicata solo per i cancerosi inoperabili: i risultati sono molto mediocri.

La *simpatectomia* in tutti i dolori simpatici ossia in quei dolori viscerali o algie degli arti che non hanno una topografia fissa o la netta sistemazione classica. Gli inconvenienti sono costituiti dal fatto che è difficile determinare il livello dell'operazione, dalla formazione di neuroma cicatriziale, ed infine dalla circostanza che i simpatalgici anche dopo la guarigione conservano una particolare fragilità del simpatico.

In sei casi di angina pectoris gli AA. contano una guarigione completa durante da quattro anni ed una incompleta durante da un anno. Due malati sono morti 9 e 10 mesi dopo l'operazione senza ritorno di crisi. Uno ha recidivato dopo 18 mesi. L'ultimo è stato operato da soli 4 mesi. Non è indispensabile la doppia simpatectomia cervicotoracica, l'ablazione del ganglio stellato è utile se non necessaria. Una malata di tachicardia parossistica è guarita in seguito all'ablazione uni- e poi bilaterale del ganglio stellato, un'altra è molto migliorata.

Gli AA. non hanno praticata l'enervazione dello stomaco nelle affezioni dolorose tabetiche, nè operazioni sul simpatico dorso-lombare nella stasi cecale e nella malattia di Hirschprung, che hanno dato, ad altri, risultati variabili. L'escissione del plesso mesenterico inferiore ha fatto scomparire i dolori in un caso di pericolite. Non hanno operato le nevralgie genitali. Non hanno esperienza personale di enervazioni renali nelle nefriti dolorose, nè di ablazioni del ganglio ipogastrico nella cistite dolorosa. Ritengono indicato l'intervento sul nervo presacrale nei dolori vescicali.

Nelle affezioni dolorose dell'apparato genitale femminile sono indicate la simpatectomia ipogastrica e periaortica, la sezione del nervo presacrale, l'enervazione dell'ovaio.

Nella neuralgia del trigemino l'operazione di scelta è la neurotomia retrogasseriana. Le iniezioni d'alcool lungo le arterie facciale e temporale superficiale costituiscono un buon trattamento provvisorio.

Nella causalgia la simpatectomia periarteriosa o la resezione d'un'arteria obliterata dànno la guarigione nella gran maggioranza dei casi.

Nelle algie diffusive, come quelle che seguono ai piccoli traumi delle dita, la simpatectomia non dà alcun risultato, l'alcoolizzazione può arrestare il progredire della malattia all'inizio, ma quando è sorpassata la mano occorre praticare la ramisezione delle C_2 e D_1.

Nei monconi dolenti si pratica: ablazione del neuroma nei dolori con la topografia a tronco nervoso; simpatectomia periarteriosa nei monconi dolenti con crisi vasomotorie; ramisezione se i disturbi sono diffusi o in caso d'insuccesso; ramisezione subito nelle grandi sindromi dolenti iperestesiche. In questi due ultimi casi nè neurotomia, nè reamputazione, nell'ultimo non simpatectomia periarteriosa ed all'inizio cordotomia.

Nelle algie arteritiche sono efficaci la resezione del segmento occluso nella monoarterite localizzata e la surrenalectomia unilaterale nelle arteriti diffuse.

Nei dolori premonitori della gangrena degli ateromatosi la simpatectomia periarteriosa di

solito calma completamente il dolore, ma non conviene praticarla quando vi sono crisi di vasodilatazione paradossali e ipertermia del piede. La prognosi è meno buona nelle forme con cianosi abituale, edema diffuso o dolori neuritici, e nelle forme con brusche crisi vasocostrittrici e piede freddo. Tuttavia l'operazione va tentata perchè si può guadagnare molto senza gran rischio.

Chirurgia delle alterazioni vasomotorie. Nelle sindromi con vasodilatazione, come nella eritromelalgia, nessuna operazione simpatica è efficace perchè nessuna può produrre la vasocostrizione. Nelle sindromi con vasocostrizione, come nel morbo di Raynaud, la simpatectomia periarteriosa e la ramisezione sedano i dolori e possono anche guarire la malattia quando non è in giuoco la sifilide. Il risultato è più o meno perfetto in relazione all'esistenza di lesioni arterocapillari secondarie. Buoni risultati si hanno anche nell'acrocianosi. Nella sclerodermia e nella dermatite atrofica, associate o non a dette malattie, le operazioni simpatiche hanno dato risultati incoraggianti.

Nei disturbi vasomotori associati a malattie organiche dei vasi, come nelle arteriti senili, la simpatectomia può dare buoni effetti. È senza alcuna azione nella claudicazione intermittente, calma spesso i dolori premonitori della gangrena e limita quest'ultima consentendo così amputazioni economiche. Buoni risultati transitori o definitivi ha dato la liberazione e la resezione delle vene negli esiti lontani delle flebiti e negli edemi chirurgici.

I disordini vasomotori posttraumatici, come l'edema traumatico, i disturbi fisiopatici, l'osteoporosi e l'arterite traumatica, sogliono con il tempo scomparire spontaneamente, ma possono lasciare anche affezioni definitive spesso considerevoli. La simpatectomia periarteriosa o la ramisezione (a seconda l'estensione delle lesioni) danno eccellenti risultati: gli edemi scompaiono improvvisamente, le ossa si ricalcificano e le articolazioni si mobilizzano. I successi sono tanto migliori quanto più precoce è l'intervento e più giovane il soggetto.

Chirurgia del tono. Nelle contratture riflesse posttraumatiche con o senza frattura, con o senza lesione dei nervi, nelle ipertonie consecutive ad osteosintesi o ad interventi articolari, si ottiene la guarigione rapida e definitiva con la simpatectomia periarteriosa o con la ramisezione quando i disturbi sono inveterati.

Nelle contratture extrapiramidali e piramidali (morbo di Little, rigidità parkinsoniana, lesioni cerebrali a focolaio) Hunter e Royle hanno ottenuto miglioramenti con le operazioni simpatiche.

Nella paralisi facciale l'ablazione del ganglio cervicale superiore ha un'azione favorevole sui fenomeni oculari ed un'azione paradossale sui movimenti dell'emifaccia paralizzata provocando la contrazione di alcuni muscoli.

Chirurgia del trofismo. Nelle ulcerazioni croniche non dipendenti da lesioni nervose la simpatectomia modifica il terreno rendendo favorevoli gli ordinari mezzi chirurgici di cura delle ulceri.

Nelle ulcerazioni di origine nervosa la chirurgia simpatica varia. Non è consigliabile nelle ulceri sintomatiche della tabe, della siringomielia, delle mieliti, della spina bifida. Dà invece buoni risultati nelle ulceri consecutive a traumi midollari. Nelle ulceri da ferite dei nervi il vero trattamento consiste nella sutura del nervo; in caso d'insuccesso la simpatectomia dà risultati eccellenti. Nei monconi ulcerati la semplice ablazione del neuroma terminale del nervo sezionato non dà la guarigione definitiva, occorre la simpatectomia, o meglio la ramisezione, che dà una notevole proporzione di risultati duraturi, specie se si completa la cura con l'escissione profonda della cicatrice ulcerata.

Chirurgia simpatica in altre affezioni. Nell'asma, l'ablazione uni- o bilaterale del ganglio stellato, la sezione dell'X o del plesso pulmonare possono dare la guarigione.

Nell'iperidrosi estesa della faccia le operazioni simpatiche hanno dato qualche risultato incoraggiante.

Nell'epilessia essenziale gli AA. non hanno mai praticata la simpatectomia pericarotidea preconizzata da alcuni, perchè l'affezione non può essere influenzata da modificazioni circolatorie.

In alcune affezioni ossee (pseudartrosi, tubercolosi articolari) la simpatectomia periarteriosa ha dato risultati interessanti.

Nel morbo di Basedow rimane sempre preferibile la tiroidectomia subtotale alle operazioni simpatiche.

DR.

CIRCOLAZIONE.

Le moderne vedute sull'ipertensione essenziale.

(A. S. GRANGER. *Journal Amer. Medic. Assoc.*, 14 settembre 1929).

La diffusione dell'uso dello sfigmomanometro ha messo in evidenza l'esistenza di numerosi casi d'ipertensione scompagnata da lesioni renali, tiroidee, aortiche e da altre condizioni che sogliono essere associate ad aumento della pressione vasale. A questa forma morbosa si dà comunemente il nome d'ipertensione primaria o essenziale. Essa corrisponde all'angiosclerosi latente di Basch, all'iperpiesi di Allbutt, alla presclerosi di Huchard, all'ipertensione essenziale benigna di Volhard e Fahr, alla malattia cardiovascolare ipertensiva primaria di Janeway.

L'etiologia non è ben nota, ma clinicamente e sperimentalmente sono stati determinati al-

cuni fattori che hanno una marcata influenza su questo tipo d'ipertensione.

Al riguardo meritano d'essere presi in considerazione: 1) la sclerosi delle arteriole del midollo allungato; 2) la neurosi vasale e la ipereccitabilità del sistema nervoso; 3) l'eredità e le neurosi vasali; 4) i disturbi endocrini; 5) le alterazioni vasali dei reni; 6) l'obesità e le infezioni.

1) Cushing nel 1901 in base a dati sperimentali concluse che l'anemia dei centri vasomotori nel bulbo provoca un'ipertensione sistematica e formulò la legge che l'aumento della tensione endocranica determina aumento della pressione vasale, che tende ad abbassare la pressione esercitata dal liquor sul bulbo. Amep e Starling trovarono che le lesioni vasali del bulbo che ostacolano l'afflusso del sangue possono produrre un'ipertensione compensatoria, e quindi emisero la teoria che l'anemia del cervello dovuta a sclerosi vasale dei centri vasomotori può produrre l'ipertensione essenziale. Questa teoria non si presenta accettabile in quanto non è stato provato quale sia il fatto primitivo, l'ipertensione o la lesione dei vasi bulbari. In effetti recentemente Cuttler studiando su un abbondante materiale anatomo-patologico trovò l'assenza di ogni relazione tra la sclerosi dei vasi del bulbo e l'ipertensione. Questa può esistere senza la prima e viceversa.

2) L'ipertensione essenziale si riscontra in una grande percentuale di casi in individui con instabilità vasomotoria, a temperamento nervoso. O'Hare su 300 pazienti d'ipertensione trovò nel 42 % dati anamnestici individuali di debolezza vasomotoria, epistassi, emicrania, mani fredde con cianosi ed iperidrosi. Monakow trovò che una vera ipertensione permanente può svilupparsi sulla base di una instabilità nervosa. Le emozioni possono provocare un aumento temporaneo della pressione vasale, ed uno stato emotivo continuo può dare l'ipertensione persistente.

3) Il fattore ereditario è indiscutibile. Larghe statistiche provano che alcuni individui presentano una suscettibilità delle loro reazioni vasali che sono ereditarie e trasmissibili. Non è improbabile che la frequenza dello stesso disturbo in molti membri della stessa famiglia che oltre a fattori endogeni, schiettamente ereditari, esistano fattori esogeni, ossia dipendenti dall'ambiente e dal modo di vivere.

4) L'ipertensione è stata attribuita a disordini funzionali della tiroide, dell'ovaio e delle surrenali, per il fatto che nell'ipertiroidismo, nel climaterio ed in casi di tumore delle surrenali si riscontra spesso un aumento di pressione vasale. C'è da obiettare che l'ipertensione essenziale raramente è accompagnata da segni di ipertiroidismo, che il climaterio si verifica in un'età nella quale l'ipertensione è abituale anche nell'uomo, e che i casi di tumori di surrenali sono troppo pochi per poter fare assurgere ad una legge patologica generale.

5) L'ipertensione essenziale è spesso accompagnata da arteriosclerosi renale. Ma non è ancora dimostrato se è la lesione dei vasi renali che provoca l'ipertensione aumentando la resistenza alla circolazione o provocando una vasocostrizione sistematica d'origine riflessa, ovvero se sia l'ipertensione a provocare la degenerazione dei vasi renali. Gli ultimi studi tenderebbero a dimostrare che quest'ultima è sempre secondaria all'ipertensione.

6) È ben vero che l'ipertensione si riscontri frequentemente in individui obesi, ma non è men vero che ne siano affetti individui con peso al disotto del comune. Così i focolai infettivi non possono considerarsi fattori determinanti, ma concomitanti dell'ipertensione.

I fattori che hanno maggior peso nella patogenesi dell'ipertensione essenziale sono l'eredità e l'ipereccitabilità del sistema nervoso vasomotore.

Come conseguenza dell'ipertensione si stabilisce un'arteriolosclerosi dei vari organi con questa successione in ordine di tempo: reni, milza, pancreas, fegato, surrenali, cervello, tubo gastro-intestinale, cuore. La sclerosi delle grosse arterie, l'arteriosclerosi, non dipende dall'ipertensione. Tuttavia frequentemente la ipertensione è accompagnata da aterosclerosi delle arterie cerebrali o delle coronarie e da ispessimento iperplastico dell'intima delle arterie renali.

Bell e Clawson hanno trovato che in 420 casi di ipertensione essenziale la morte si è avuta nel 60,4 % per insufficienza miocardica e sclerosi delle coronarie, nel 19,3 % per apoplessia, nell'8,5 % per insufficienza renale, nell'11,7 % per malattie intercorrenti.

I sintomi cardinali dell'ipertensione essenziale sono: pressione sistolica di 145 mm. Hg. o più ed ipertrofia del ventricolo sinistro. In alcuni pazienti non sopravvengono disturbi subbiettivi fino a quando non si verifica l'insufficienza cardiaca, altri lamentano cefalea, vertigini, irritabilità, smemoratezza, affanno e palpitazioni. Sintomi obiettivi secondari sono la iperirritabilità vasomotoria, il raffreddamento, la cianosi e l'iperidrosi delle estremità.

L'ipertensione essenziale deve essere distinta dall'aumento della pressione secondaria alla glomerulonefrite, ad alcune nefrosi, all'occlusione urinaria, all'ipertiroidismo, all'insufficienza aortica, all'aneurisma artero-venoso, alla tossiemia gravidica, alla menopausa, e da altre forme di ipertensione transitoria.

L'ipertensione essenziale è un'affezione progressiva, e non si conoscono mezzi sicuri per arrestarne l'evoluzione.

A coloro che hanno nei loro antecedenti familiari casi di ipertensione o che hanno un sistema vasomotorio instabile bisogna scon-

sigliare gli esercizi fisici faticosi e carriere che implicano frequenti scarti della pressione vasale.

Quando l'ipertensione si è stabilita conviene che il soggetto conduca un metodo di vita atto a prevenire le complicazioni della malattia: riposo di un'ora in posizione sdraiata dopo ogni pasto, dormire almeno otto ore al giorno, interrompere spesso gli affari ed eventualmente anche allontanarsi dalla famiglia, esercizi fisici moderati. Le restrizioni dietetiche non hanno importanza a meno che non si tratti di obesi, ai quali devono essere limitati i grassi e gli idrati di carbonio.

I medicamenti non fanno gran che. Nei soggetti eccitabili possono riuscire vantaggiosi i bromuri, mentre gli ioduri sono consigliabili nei soggetti a ricambio torpido. Per ottenere un abbassamento della pressione è consigliabile l'uso continuato di nitrito di sodio, 5 centigrammi tre volte al giorno.

Quando vi sono complicazioni a carico delle coronarie bisogna dare teobromina o teofillina. In caso di insufficienza cardiaca è indicata la digitale.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. PEZZOTTI. *Clinica ospedaliera*. Un vol. in-8°, di pag. 397. L. Cappelli ed. Bologna, 1929. Prezzo L. 40.

L'A., che è medico primario dell'Ospedale di Vicenza, raccoglie in questo volume diverse lezioni cliniche. Il titolo di alcune di esse (Ittero e splenomegalia, False iliti e apiciti non tubercolari, Nefropatie, Sindromi ischialgiche) dimostra che l'A. tratta argomenti di sommo interesse per il medico pratico. E li tratta riferendosi sempre al caso in esame, che considera accuratamente, con logica stringente, facendone balzare luminosa la verità. Pur dando al laboratorio il giusto valore nella diagnosi, l'A. non è un feticista di esso, che anzi, nella lezione che si intitola: *Clinica e Laboratorio* dimostra che su tutti i metodi di indagine, la clinica deve avere il sopravvento, quella clinica che è anche l'unica arma che il medico lontano dai centri, maneggiandola destramente, usa nell'esercizio professionale.

Lezioni che si leggono con diletto, apprendendo a meglio vedere ed a conoscere più profondamente il malato, che ricorre alla nostra arte. *fil.*

A. GROTJAHN. *Aertze als Patienten*. Edit. G. Thieme. Lipsia, 1929. Un vol. di pag. 274. Rm. 14.

L'A. ha voluto compiere uno studio di psicologia medica raccogliendo la descrizione di malattie sofferte da medici fatta direttamente da loro stessi all'A. o riportando il racconto da autobiografie o da epistolari. Interessanti, p. es., la lettera di Pirogoff a Billroth, in cui il grande chirurgo russo fa una descrizione precisa del cancro della lingua di cui era affetto e che non riconosce accentuando la diagnosi ottimistica di una ulcerazione semplice in via di cicatrizzazione; così il racconto di Naunyn di una polmonite sofferta, ecc.

Per le figure dei collaboratori involontari (quasi tutti i più bei nomi della medicina e chirurgia tedesca) il libro acquista un interesse che sorpassa quello di semplice curiosità biografica.

VALDONI.

Scuola di applicazione di Sanità militare. Annuario del 1928 e del 1929. Un vol. in-8° di pag. 68, con fotoincisioni.

Alla Scuola di applicazione di Sanità militare devono affluire tutti i giovani medici (oltre ai chimici-farmacisti) con obblighi di leva, dopo superato l'esame di Stato (nel 1929 furono 485). Essa può quindi considerarsi come l'ultimo centro di studio necessario prima della libera professione.

Suo compito è quello di insegnare l'applicazione delle nozioni apprese, convergendole verso una branca nuova per gli allievi, la medicina militare. Essa ha inoltre la missione di suscitare e di rinvigorire i concetti del dovere, dell'altruismo, dell'abnegazione, fondamenti essenziali per l'efficace funzione del medico nell'Esercito.

La sua storia, il funzionamento, i compiti, lo sviluppo, l'organizzazione vengono descritti in questa elegante pubblicazione accompagnata da numerose fotografie dei bei locali di questa Scuola che, oltre a dare, con i suoi valorosi insegnanti, un ricco corredo di cognizioni tecniche, costituisce una vera preparazione morale e spirituale del medico militare italiano che, rientrato nei ranghi della borghesia, può essere chiamato, da un giorno all'altro, a prestare la sua opera per la Patria. *fil.*

P. L. PAPANTI PELLETIER. *Il medico di fabbrica*. Un vol. in-16° di 145 pag. Soc. An. Ed. G. B. Marsano. Genova, 1929. Prezzo L. 10.

L'A. delinea anzitutto la figura del medico di fabbrica, inquadrandolo specialmente nelle istituzioni dei grandi stabilimenti industriali; ne definisce i requisiti morali e colturali. Passa poi a trattare l'organizzazione scientifica del lavoro, la valutazione della fatica, le malattie professionali, l'igiene del lavoro. Si diffonde largamente sugli infortuni, mettendo il lettore sull'avviso per un giusto criterio di apprezzamento, accenna alle opere di carattere sociale, e riferisce, da ultimo, una ricca bibliografia.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Libro che, ben lungi dall'essere una compilazione di tavolino, è pienamente vissuto, ed appare frutto della diuturna fatica di chi l'ha scritto, trovandosi continuamente alle prese con tutte le questioni che si presentano nella pratica e che, appunto per questo, considera tali questioni non già con lo sterile occhio del teorico, ma con quello di chi conosce a fondo e sa valutare a dovere e con serenità le esigenze del lavoratore e quelle dell'industria.

L'istituzione del medico di fabbrica, imposta oggi dal regolamento sull'igiene del lavoro, rende questo libro di grande attualità.

fil.

L. MANET. *Barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail.* Un vol. in-16°. di 175 pag. A. Poinat ed. Paris, 1929. Prezzo frs. 9.

Il libro del dott. Mayet fornisce le direttive per l'applicazione delle leggi sugli infortuni e per la valutazione delle incapacità professionali da queste derivanti, i concetti generali di valutazione (cicatrici, moncone, anchilosi, rigidità, ecc.) passando poi ai singoli organi, sistemi, arti e, da ultimo, alle psicosi e nevrosi ed alle malattie professionali, richiamando le disposizioni di legge.

Libro essenzialmente pratico, che è alla seconda edizione.

fil.

Atti del primo Congresso di scienze dell'assicurazione. R. Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali. Torino, 1929.

Sotto gli auspicii della Società reale mutua di assicurazione si è svolto lo scorso anno in Torino il primo Congresso nazionale di scienze dell'assicurazione. La importante adunata riunì le personalità più in vista del mondo assicurativo nazionale e fu provvida di discussioni e di deliberazioni sui problemi più importanti in materia. Sono stati ora messi in distribuzione due notevoli volumi contenenti gli atti del Congresso. Con questa pubblicazione viene ad accrescersi notevolmente la produzione scientifico-tecnica italiana in tema di assicurazioni.

M. P.

Atti del Convegno medico sulla uricemia. Un vol. in-8° di 241 pag. Soc. Terme di S. Pellegrino, Milano.

Di uricemia — malattia ancora di moda — se ne parla spesso a diritto ed a rovescio da medici e profani, non raramente senza una precisa nozione di ciò che essa sia e significhi realmente. Il convegno sulla uricemia, tenutosi lo scorso anno a S. Pellegrino, ha fatto una specie di « messa in fuoco » del problema, con le quattro relazioni di P. RONDONI (Significato patogenetico dell'U.), di D. PACCHIONI (L'U. dal punto di vista pediatrico), di A. PEPERE (L'artrite urica e la « gotta viscerale » nel quadro anatomico dello stato iperuricemico) e di L. DEVOTO (Gli stati morbosi uricemici, nei loro principali quadri, nella profilassi e terapia). Oltre alle relazioni, sono qui riprodotte anche le discussioni che hanno suscitato; ad esse potranno ricorrere quanti si occupano di tal problema.

Il volume termina con diversi lavori sulle terme di S. Pellegrino. *fil.*

F. TRAVAGLI. *Alcoolismo, malattia sociale.* Un vol. in-16° di 44 pag. Ed. del « Pensiero sanitario », Napoli. Prezzo L. 3.

Buon libro di propaganda, che fa un triste quadro dell'alcoolismo, con tutte le malattie, le miserie ed i lutti che provoca ed accenna alla lotta antialcoolica in Italia, nonchè ai gravi ostacoli che essa incontra da parte degli interessati. L'A. non è un feroce proibizionista ed ammette che l'uso del vino possa essere, in certa misura, concesso. *fil.*

A. DURSO-PENNISI. *Si deve bere il vino?* Un vol. in-16° di 169 pag. U. Hoepli ed., Milano, 1929. Prezzo L. 10.

La questione dell'alcoolismo e del vinismo è una di quelle in cui raramente si trova *un giusto mezzo;* da un lato, gli arcigni astinenti e proibizionisti, che inorridiscono davanti ad un sorso di vino o di birra; dall'altro i fautori del vino che, con argomenti stiracchiati, tentano di dimostrare in esso dei grandi pregi fisiologici ed arrivano a concessioni eccessivamente larghe.

L'A., in questo suo libro in cui esamina il dibattito fra proibizionisti ed antiproibizionisti, vorrebbe essere equanime, ma pecca di un soverchio ottimismo quando ci dice che l'alcool del vino esercita un'azione (favorevole) sulla durata della vita e che nei vecchi si può anche essere generosi col vino, « fino a tollerare qualche lieve eccesso »! Errore questo gravissimo perchè proprio nel vecchio viene ad essere deficiente la funzione del fegato e quella dei reni e l'alcool rimane quindi a lungo nell'organismo.

L'A. fa un confronto fra gli effetti del vino e quelli dei liquori, espone gli effetti fisiologici dell'uno e degli altri, parla del vino nella medicina, citando, fra l'altro, l'azione antisettica e quella preventiva contro la malaria, accennando anche all'uso del vino come ipnotico e trattando, da ultimo, dei vini da pasto, specialmente italiani.

Il libro è un mosaico di citazioni di diversi autori (da Ippocrate ai giorni nostri) che l'enologo cav. Durso-Pennisi ha raccolto a sostegno della sua tesi; contiene alcuni dati utili sulla composizione dei vini. *fil.*

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

VIII Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Genova, 26 ottobre 1929-VII).

L'8° Congresso della Società italiana di Urologia si è svolto a Genova nella giornata del 26 ottobre 1929 dinanzi un discreto concorso di Soci ed Aderenti. Particolarmente interessanti furono e brevi ma succose comunicazioni del prof. v. LICHTENBERG, e del suo assistente SWICK sull'Uroseclotan, di cui in seguito è data notizia più per esteso. Il Comitato permanente presieduto dal prof. G. LASIO sedeva al banco della Presidenza, al completo.

Espletate le solite formalità burocratiche, eletti 14 nuovi soci, sottoposto all'approvazione dell'assemblea il bilancio e acclamati alcuni soci esteri, onorari e corrispondenti, il PRESIDENTE lesse il suo discorso inaugurale.

È deplorevole che la tirannia dello spazio impedisca di riprodurre per intero il testo: ma del suo contenuto ne appare viva e chiara la tesi. Il prof. Lasio, « dopo aver ringraziato l'assemblea di averlo eletto Presidente, commemora brevemente, ma efficacemente il prof. M. Pavone. Era questi il decano della urologia italiana, nel quale si accoppiavano la tenacia, l'intelligenza e lo studio. Egli aveva raggiunto una abilità insuperata, specialissima nella litotrisia, sì da possederne una statistica eccezionale. Ma volle testimoniare la grande passione che l'animava verso l'urologia, soccorrendo i poveri in un padiglione specializzato ed eretto a sue spese e fondando nuove borse di studio per i migliori lavori italiani della specialità.

La memoria dello scomparso fervente assertore di questa speciale branca della chirurgia e medicina deve spronarci a costituire il nuovo programma della Società ed indirettamente del movimento urologico italiano. Tutti gli Stati di Europa e d'America, perfino l'Egitto e la Città del Capo hanno dei servizi urologici: in Italia si contano sulle dita di una mano ed i letti non giungono a 200! Perchè l'Italia è in queste condizioni? Le ragioni sono molteplici, ma possono così essere riassunte: gli urologi considerano la specialità come una branca a sè, ma non si attentano ad interventi in grande stile, lasciandoli a preferenza al chirurgo generico; questi d'altro canto, stimando una *diminutio capitis*, il dedicarsi all'urologia e non avendo tempo per gli esami delle specialità, lascia volentieri all'urologo la briga di determinare la diagnosi della malattia, per poi passare all'atto operativo sulla base dei risultati altrui. Bisognerebbe quindi passare dalla chirurgia generale all'urologia per ottenerne i più brillanti successi, i quali sono stati e sono tuttora continui ed importantissimi e se si vuole che anche da noi le sia concesso un vero riconoscimento ufficiale, giusto, pieno. Difatti tutti gli stadi iniziali di malattie comuni, quali la tubercolosi, l'idronefrosi, le malattie più rare, la patologia del trigono, del collo vescicale, i diverticoli della vescica, debbono rimanere dominio del chirurgo specializzato. Ma questo non si può ottenere che creando almeno delle divisioni urologiche negli ospedali, non essendo l'urologia materia obbligatoria di insegnamento.

Il beneficio che ammalati e studiosi ne potrebbero trarre non è chi non veda. Ma è anche questione di dignità nazionale, poichè per la mancanza di coordinazione, l'italiano va affiancato dall'australiano, dal cinese e dal centro americano ad imparare il cateterismo degli ureteri o la cistoscopia a Parigi o a Berlino. Questo stato di inferiorità, che è solo apparente, ingiusto ed illogico, poichè è l'effetto non di uno stato di coltura, ma solo di incoordinazione di mezzi e di energie intelligentissime, dev'esser al più presto tolto completamente ».

* * *

L'assemblea plaude a questo bellissimo discorso e su proposta del prof. NISIO, fa voti affinchè sia inviato al Ministro dell'Educazione Nazionale.

La parola vien data al relatore prof. F. DE GIRONCOLI sul tema:

Le idronefrosi.

Frequenza delle idronefrosi. — Dalle notizie casistiche e statistiche raccolte, complessivamente 313 casi non pubblicati, che rappresentano oltre che una delle maggiori statistiche collettive fin'ora note, la prima grande statistica italiana del genere, si desumono i seguenti dati: la frequenza delle idronefrosi rispetto le altre affezioni chirurgiche dei reni rappresenta circa il 10 % di tutte le affezioni renali. Sui 313 casi, 115 riguardavano uomini, 198 donne, 161 volta l'affezione interessava il lato destro, 127 volte quello sinistro, 25 volte tutti e due i reni. Per ciò che riguarda l'età, la maggior frequenza fu notata fra il 20° ed il 50° anno di vita. Il caso più giovane era dato da una bambina di 13 mesi, il più vecchio da una donna di 70 anni.

Etiopatogenesi delle idronefrosi. — Per quanto le nostre conoscenze in tema di idronefrosi abbiano fatto dei reali progressi, specie dopo l'introduzione dei moderni mezzi di ricerca urologica, pure il problema del ristagno orinoso nelle alte vie orinarie non ha trovato una soluzione che soddisfi in tutti i casi. Noi conosciamo è vero tutta una serie di ostacoli meccanici, anatomicamente dimostrabili, situati in un qualche punto dell'apparecchio orinario, dai calici all'orificio esterno dell'uretra, i quali possono provocare una idronefrosi, ma conosciamo pure un grande numero di idronefrosi nelle quali questo ostacolo meccanico non esiste nè è dimostrabile con la più accurata ricerca anatomica. Queste idronefrosi vengono perciò dette da causa ignota.

Nel gruppo delle idronefrosi da causa meccanica possiamo distinguere, quelle forme di idronefrosi che dipendono da un ostacolo situato nelle basse vie orinarie, vescica e uretra, che sono quasi esclusivamente bilaterali, che si caratterizzano per la concomitante dilatazione degli ureteri in tutto il loro decorso, che sono tutt'altro che rare, corrispondentemente alla frequenza delle diverse affezioni vescicali e uretrali che le provocano (calcoli e tumori vescicali, ipertrofia prostatica, paresi vescicale d'origine spinale, ste-

nosi uretrali congenite ed acquisite), da quelle che dipendono da un ostacolo meccanico situate in un qualche punto dell'uretere inteso nel senso embriologico più vasto di derivato dell'abbozzo renale, vale a dire dai calici all'orifizio vescicale dell'uretere. Caratteristica per quest'ultime idronefrosi è la dilatazione a monte dell'ostacolo e la loro unilateralità. Quando sono bilaterali trattasi per lo più di cause di ristagno indipendenti una dall'altra anche se della stessa natura.

Sulle cause del ristagno in tutte queste forme di idronefosi d'origine meccanica, non v'è discussione; si tratta sempre di un'obliterazione del lume ureterale dovuta o ad una compressione dal di fuori o ad una ostruzione dal di dentro. Calcoli renali e ureterali, tumori renali e ureterali, processi infiammatori ureterali e periureterali di natura svariatissima, traumatismi del rene ed uretere con esiti in cicatrici stenosanti od ematomi che si organizzano, sono le cause più frequenti di queste idronefrosi.

Accanto a queste forme di idronefrosi meccaniche vi ha tutta la massa di idronefrosi dette ancora da causa ignota perchè la loro genesi non si spiega con un semplice fatto meccanico di ostruzione e perchè ad un accurato esame dell'uretere esso risulta indenne. È nell'interpretrazione patogenetica di queste idronefrosi che le opinioni non sono tutte concordi. Alcuni vogliono spiegare il meccanismo patogenetico del ristagno di queste forme con alterazioni anatomiche che forse sfuggono nella maggior parte dei casi ad un esame non abbastanza profondo, altri vedono la causa in alterazioni funzionali della peristalsi pielo-ureterale. Per spiegare questi diversi punti di vista credo opportuno esporre i differenti concetti alla mano di alcune forme classiche di idronefrosi che si prestano egregiamente alla discussione.

Anzitutto vorrei distinguere anche nelle idronefrosi di origine non meccanica tra forme congenite acquisite. Come paradigma conterei fra le prime le idronefrosi in reni malformati, le idronefrosi da vasi anomali ed infine quelle dovute a malformazioni strutturali dei tessuti che compongono l'uretere. Fra le seconde le idronefrosi in rene mobile, alcune idronefrosi traumatiche e quelle dovute a lesioni delle funzioni ureterali per processi tossici ed infettivi.

Già se prendiamo a considerare le idronefrosi che si sviluppano in reni malformati, dobbiamo convenire che molte volte la spiegazione meccanica della loro genesi non riesce facile, spesso anzi impossibile. E' vero che alterazioni di forma, di posizione del rene e dell'uretere possono rendere difficile il deflusso dell'orina, specialmente se in seguito alla inserzione anomala dell'uretere esistono già inizialmente valvole e sepimenti. In molti casi però queste valvole e sepimenti sono secondari e dovuti a processi infiammatori o agli alterati rapporti fra pelvi e uretere provocati dalla pregressa dilatazione. Sorge quindi il sospetto che in queste forme di idronefrosi in reni malformati esistano dei fattori a noi forse ignoti i quali provocano la primitiva dilatazione; fattori che non sono la valvola o il sepimento o l'atresia ureterale o il ginocchiamento dell'uretere, ma piuttosto turbe della normale funzione peristalsica degli organi secretori, dovute a scarsa sanguificazione o ad alterata innervazione, insomma a tutte quelle cause note od ignote che trovano nell'organo malformato un terreno favorevole per esplicare la loro azione patogena.

Negli ultimi anni hanno acquistato speciale interesse nella genesi delle idronefrosi i cosidetti vasi anomali. Fu specialmente l'Ekehorn che in un suo classico lavoro sui vasi anomali mise in rilievo la loro importanza etiopatogenetica e dettò le leggi del come e del quando un vaso anomalo comprime l'uretere provocando ristagno d'orina. Non tutti accettarono le teorie di quest'autore. Prima perchè numerose osservazioni fatte al tavolo operatorio dimostrarono che non è sempre necessario che il vaso anomalo decorra secondo le leggi dell'Ekehorn per comprimere l'uretere. Poi perchè numerose ricerche anatomiche stabilivano la grande frequenza di anomalie vasali, frequenza che non sta in nessun rapporto con quella delle idronefrosi da questa causa. Infine perchè nei casi del genere operati, gli intimi rapporti che si osservano spesse volte fra vaso e uretere sembrano dovuti ad alterazioni d'altra natura, forse spostamenti renali o torsioni del peduncolo ecc. Non bisogna dimenticare che la maggioranza di questi casi operati riguarda voluminose sacche idronefrotiche nelle quali riesce difficile una netta distinzione fra cause ed effetti; mentre i rapporti fra vaso e uretere si lasciano meglio studiare nei casi in via di evoluzione. Ma è proprio in questi ultimi che insorgono i dubbi maggiori sull'azione compressiva primitiva del vaso. In questi casi la pura spiegazione meccanica della azione ristagnante del vaso non soddisfa appieno e si è portati a pensare ad altre cause magari sempre dipendenti dall'anomalia vasale, responsabili dell'iniziale ristagno e quindi della dilatazione. L'assenza di un tronco arterioso unico e robusto se non ha importanza per la nutrizione del rene, può forse influire notevolmente sulla sua funzione poichè è notorio che lungo i vasi dell'ilo decorrono i nervi renali come lungo una doccia e mancando questo ilo i nervi devono di necessità cercare altre strade; per cui non è improbabile che queste alterate condizioni anatomiche formino il substrato di modificazioni funzionali. Quindi come le alterazioni reno ureterali anche questi vasi anomali possono provocare alterazioni nella normale peristalsi pieloureterale capaci di produrre il primitivo ristagno e segnare l'inizio della dilatazione la quale a sua volta porta in intimo contatto vaso e uretere in maniera che ne consegua una vera e propria compressione meccanica da parte di quello.

Quanto ho detto finora sull'importanza etiologica delle malformazioni congenite e delle anomali vasali mi pare possa in certa misura applicarsi anche per le idronefrosi in reni mobili. Il fattore meccanico che viene chiamato in causa nei casi di idronefrosi da rene mobile è l'inginocchiamento dell'uretere. Ora se si fa eccezione dei pochi casi nei quali in seguito agli spostamenti ureterali che si manifestano nella mobilità renale si inizia un processo infiammatorio periureterale che fissa l'uretere in maniera di ostruirne spesso il lume, negli altri il semplice fatto dell'inginocchiamento dell'uretere non basta a spiegare l'ostacolato deflusso e quindi la stasi, poichè l'orina non cade dalla pelvi in vescica seguendo la legge di gravità ma viene convogliata dalle forze vive dell'uretere, forze vive che sono mantenute anche nei ginocchiamenti dovuti a reni mobili. D'altro canto sono

più frequenti le dilatazioni della pelvi in reni con scarsa mobilità che non in reni fortemente mobili e con notevoli spostamenti ureterali. Queste contraddizioni possono forse spiegare la patogenesi dell'idronefrosi in rene mobile se la consideriamo non dal lato puramente meccanico ma da quello funzionale.

Dobbiamo pensare che stiramenti del peduncolo renale quali certamente si manifestano nei reni mobili, e sono tanto maggiori quanto più corto è il peduncolo e quindi di necessità anche minore la spostabilità renale, possono provocare uno stato di irritazione delle conduzioni nervose o mutamenti nella circolazione vasale che turbano la peristalsi pielo-ureterale determinando un iniziale ristagno il quale per l'intervento di fattori diversi può diventare definitivo. Che queste alterazioni della funzione pielo-ureterale possano dipendere anche da altre cause acquisite lo dimostrano le diverse esperienze fatte da Mingazzini, Caporali, Blatt, Andler, Primbs i quali per diverse vie produssero lesioni del plesso gangliare intramurale dell'uretere con conseguente alterazione della peristalsi, ristagno e dilatazione a monte del punto lesionato.

Certo si è che tutte queste turbe funzionali almeno inizialmente non presentano nessuna alterazione morbosa. Si tratta qui piuttosto dello scompenso in un minuto giuoco di forze sinergiche e antagoniste che diventa evidente appena quando l'intervento di alterazioni anatomiche lo esagera sì da renderlo percepibile ai nostri sensi ed agli attuali mezzi d'indagine.

Sintomatologia: Dolore, tumore ed ematuria sono i sintomi che predominano il quadro dell'idronefrosi. Il dolore ed il tumore sono la diretta conseguenza dell'aumento di pressione che si manifesta nella pelvi renale in seguito al ristagno. Dalla diversità dello stato anatomico e funzionale del rene deriva tutta la gamma di sensazioni dolorose accusate dai malati: dalla sensazione di vaga molestia al fianco od al sacro fino alla colica improvvisa e violenta. Spesso gli accessi dolorosi si accompagnano a fenomeni generali gravi: vomito: sudorazioni fredde, collasso. Durante l'accesso la regione renale e addominale corrispondente è dolente alla palpazione e spesso esiste uno stato di difesa muscolare che impedisce di palpare il tumore renale. Per lo più sono le grandi idronefrosi che riescono meglio palpabili ed anche queste nei periodi di maggiore tensione. Il tumore renale manca naturalmente negli stati iniziali e può non essere bene espresso nelle forme a sviluppo nettamente pielico o in reni situati molto in alto o in soggetti polisarcici. L'ematuria è molto più frequente di quanto non si creda. Nei casi raccolti essa fu rilevata in poco più dell'8 %. Alle volte essa è l'unico sintomo clinico o il segno predominante. Nei casi non infetti la diuresi non è alterata e così pure non si ha risentimento delle condizioni generali. Solo quando il processo è bilaterale può svilupparsi lentamente un'insufficienza funzionale che porta all'esito per uremia. La complicanza più frequente dell'idronefrosi è l'infezione. Essa cambia completamente il quadro morboso: rialzo termico, tenesmo, orine torbide, malessere generale la caratterizzano. La complicanza più grave è la rottura della sacca idronefrotica. I fenomeni che conseguono la rottura sono imponenti e derivano dal versamento del liquido ristagnante della sacca nel tessuto perirenale e retroperitoneale.

Diagnosi: Cistoscopia, sondaggio degli ureteri, pielografia e pieloscopia eventualmente cistografia ci permettono oggi di riconoscere le forme iniziali di idronefrosi, di distinguere le forme progredite dalle altre affezioni organiche del rene e dei visceri addominali molte volte ci fanno riconoscere la causa etiologica e ci permettono quindi la scelta del trattamento più confacente. In molti casi già la sola cistoscopia fa riconoscere la causa che ostacola il deflusso dell'orina e permette così una diagnosi. Il cateterismo degli ureteri congiunto alla pielografia è il metodo di indagini sovrano nella idronefrosi. Esso ci rende evidente in tutti i suoi dettagli anatomici l'estensione delle alterazioni delle vie orinarie superiori dovute al ristagno dell'orina. L'immagine che ci offre la pielografia non solo ci fa vedere i contorni esatti della pelvi, dei calici e dell'uretere, ma c'informa anche sul grado di distensione e sulla topografia della pelvi e dell'uretere, dati questi di grandissima importanza per la differenziazione dai tumori addominali di origine incerta.

Terapia: Nella terapia dell'idronefrosi dobbiamo distinguere fra terapia palliativa conservativa e radicale o demolitrice. La terapia palliativa consiste nel cateterismo ureterale, nella puntura semplice o con fognatura della sacca idronefrotica, nella nefrostomia e pielostomia. In singoli casi di dilatazione iniziale o parziale il ripetuto cateterismo congiunto alla lavatura della pelvi può dare dei risultati anche duraturi. Del resto esso si presta specialmente ad eliminare in date condizioni accidenti di ristagno acuto, quando esiste una controindicazione all'immediato intervento cruento. La puntura della sacca è ormai del tutto abbandonata, poichè con l'indicazione pari essa non dà migliori risultati del cateterismo ureterale ed è molto più pericolosa. La nefro- e la pielostomia rappresentano due interventi palliativi atti ad eliminare durevolmente il ristagno senza allontanarne la causa.

Perciò essi non si devono considerare come metodi a sè nel trattamento dell'idronefrosi. Da essi non può derivare una guarigione vera e propria. Invece essi trovano ancora una ragione d'essere in casi di estrema urgenza, per esempio in casi di anuria e uremia in pazienti con un rene solo od in condizioni generali scadute. Come atto preparatorio alla nefrectomia la nefrectomia è caldeggiata dal Lasio in casi di grosse idronefrosi infette quando non si vuole sottoporre il paziente ad una operazione troppo traumatizzante. La terapia conservativa diretta ad eliminare la causa del ristagno si estende a tutto l'apparecchio orinario. Canone fondamentale d'ogni terapia conservativa sia essa diretta ad eliminare la causa del ristagno o semplicemente a ristabilire la viabilità interrotta è naturalmente quello d'intervenire il più precocemente possibile. In questi casi iniziali la resezione di vasi anomali con o senza nefropessia, la ureterolisi, la pielo- o ureterolitotomia, le dilatazioni dell'uretere ecc. possono dare degli ottimi risultati. Per ciò che riguarda le cosidette operazioni conservative plastiche della pelvi e dell'uretere si può dire che se esse rappresentano teoricamente la terapia ideale della idronefrosi i loro risultati pratici sono sempre problematici an-

che quando il decorso post-operatorio decorre senza incidenti. Oltre alla possibilità dell'insufficienza delle suture con conseguente formazione di fistole orinose, infezione secondaria che portano poi alla nefrectomia, dobbiamo tener presente che nei casi perfettamente riusciti la plastica non produrrà l'effetto voluto se la pelvi e l'uretere avranno perduto quella forza peristalsica che è necessaria per convogliare le orine dalla pelvi alla vescica. La loro indicazione è limitata a singoli casi eccezionali. Di fronte ai procedimenti plastici la nefrectomia ha guadagnato terreno in questi ultimi anni come metodo di elezione nella idronefrosi. Ciò dipende anche dai risultati notevolmente migliori avuti con la nefrectomia negli ultimi anni grazie ai moderni metodi di ricerca urologica. I pericoli della nefrectomia nelle idronefrosi asettiche sono quasi nulli. Ma anche nelle forme infette con prognosi necessariamente sempre seria, la nefrectomia dà degli ottimi risultati.

La nefrectomia è un intervento per lo più semplice che non richiede una tecnica lunga e laboriosa e che dà tutte le garanzie per un rapido e sicuro allontanamento dei pericoli e delle sofferenze congiunte alla malattia. Presupposto indispensabile alla nefrectomia è l'esistenza di un rene adelfo, sano e ben funzionante.

* * *

Sullo stesso tema di relazione seguono alcune interessanti comunicazioni:

FERRIA (Torino). — *Idronefrosi dei vasi anomali.* — Su 30 casi di idronefrosi capitati sotto la sua osservazione, cinque riconobbero come causa, la presenza di un vaso anomalo. Una volta, la pielografia permise questa giusta diagnosi patogenetica, la quale per lo più è difficile e quasi sempre incerta. Essa è però praticamente utile, perchè permette — secondo l'O. — una terapia sollecita e perfettamente conservativa.

LASIO (Milano). — *Sull'etiologia e patogenesi dell'idronefrosi. Il controllo radiografico delle operazioni conservative dell'idronefrosi.* — L'O. sostiene l'origine dinamica di alcune idronefrosi nelle quali pur essendo presente un vaso anomalo il rene sia in posto, manchino delle aderenze, e sia presente invece una evidente dilatazione dell'uretere sottostante. Per lo studio delle piccole idronefrosi è indispensabile lo studio riunito e non separato della pelvi e dell'uretere. In questo modo si è visto come l'atonia e l'ectasia sono spesso contemporanee nei due segmenti anche quando la causa del disturbo abbia una sede che non possa determinare meccanicamente una dilatazione o un'atonia generalizzate (lesioni di un calice, o della pelvi, con ectasia pelvi-ureterale). I due elementi, infine dinamico e meccanico, possono anche originariamente agire ognuno per conto proprio sull'inizio, ma in proseguo si fondono e si accavallano.

Da ultimo l'O. riferisce che se gli interventi riescono a ristabilire la canalizzazione pielo ureterale non hanno azione alcuna sull'atonia; di guisa che non venendo ed esser tolta la causa principale del fenomeno, ogni operazione conservativa viene a perdere qualsiasi valore terapeutico.

NEGRO (Torino). — *Le piccole idronefrosi.* — La teoria dinamica o neuromuscolare non convince troppo Negro nei riguardi della patogenesi delle idronefrosi. Invece spetta grande importanza al fattore meccanico, il quale può essere rappresentato da vasi anomali, briglie connettivali. Non solo, ma l'azione di questi due elementi con consecutiva alterata posizione del rene, può colpire anche l'uretere. Non è detto però che i fattori dinamici non possano avere la loro importanza, ma questa è sempre di ordine relativo, e ad ogni modo secondaria a quella meccanica.

RAFFO (Genova). — *Valore dell'enervazione del peduncolo renale e dell'uretere nella produzione di idronefrosi (Contributo sperimentale).* — Le esperienze condotte da questo O. inducono alle seguenti conclusioni:

1) l'enervazione del peduncolo renale e la simpaticectomia periureterale producono profondi disturbi nella peristalsi pieloureterale e dilatazione del bacinetto e dell'uretere;

2) l'associazione dell'enervazione del peduncolo renale con la simpaticectomia periureterale dà precocemente abolizione completa della funzione motoria pieloureterale e dilatazione di alto grado.

ROLANDO (Genova). — *Megauretere congenito.* Le vedute di Altemann, che vorrebbe negata alla presenza di vasi aberranti, ogni importanza patogenetica nella patogenesi dell'idronefrosi, vengono ad essere smentite dal caso di Rolando. Si trattava di un bambino con megauretere congenito probabilmente primitivo ed idropionefro secondario. Nel pezzo asportato completamente (rene ed uretere) malgrado tenaci aderenze, si scorge un vaso arterioso, aberrante grosso quanto una arteria renale normale. L'O. ritiene — ed in questo è d'accordo con il Lasio — che in molti casi la infiammazione possa realmente determinare una disfunzione nervosa e quindi una atonia ed una dilatazione del segmento pielo-ureterale corrispondente.

TARALLI (Chieti). — *Su un caso di idronefrosi di probabile origine traumatica. (Considerazioni cliniche e medico-legali).* — L'interesse del caso presentato era molteplice: 1) etiologico, riferendo il paziente ad un trauma l'inizio dei disturbi dovuti all'idronefrosi; 2) clinico, esistendo una stenosi del tratto iuxtavescicale dell'uretere, tale da non pemettere una pielografia; 3) legale, in quanto che venendo rifiutato l'atto operativo, si doveva pur passare alla liquidazione col massimo consentito, rappresentando la idronefrosi un pericolo grave e permanente per l'individuo.

LILLA (Livorno). — *Piccole idronefrosi, causa di cistalgia.* — Sulla base di sei osservazioni personali l'O. ritiene che prima di concludere per l'esistenza di una cistalgia essenziale, da considerarsi assai rara, bisogna praticare tutti gli esami clinici e batteriologici, i quali valgano ad escludere pieliti, piccole idronefrosi, ptosi renali, torsioni ureterali, e perfino tubercolosi renali iniziali.

TRAVAGLINI (Napoli). — *Idronefrosi bilaterale da assenza dell'uretra concomitante a neoformazio-*

ne teratoide presacrococcigea in neonata di 25 giorni. — Nel titolo è anche esposto il caso, nel quale si tentò dopo alcune cistocentesi, resesi indispensabili per la ritenzione urinaria, apparsa dopo qualche giorno dalla nascita, di procedere alla costituzione di una derivazione esterna all'urina. Ma l'intervento ideato felicemente fu seguito dalla morte della paziente, in seconda giornata. Malgrado che la necroscopia non avesse dimostrato un'uscita, alcuno sbocco oltre i due ureterali: l'O. ritiene che possa essere sfuggita l'esistenza di una comunicazione vescico-vaginale, e che un intervento più precoce ancora dell'eseguito avrebbe potuto salvare la vita alla piccola inferma.

BLOCH (Padova). — *Pneumoidronefrosi.* — Il caso, raro quanto mai, risultava dall'esistenza di una fistola nefro-intestinale (cieco) consecutiva ad una calcolosi. Si vedeva alla radiografia una voluminosa idronefrosi, il cui contenuto era rappresentato da gas. Un intervento frazionato in tre tempi, permise di ridare la completa salute al paziente.

* * *

A questa prima serie di comunicazioni seguì la discussione sempre sul tema di relazione, nella quale presero parte:

FASIANI (Padova). — Sulla base di 11 casi personali, osserva assai giustamente che nelle idronefrosi, associate alla presenza di vaso anomalo incrociante l'uretere, non vi sia alcuna ragione di andar a cercare altrove elementi causali dell'affezione morbosa. Difatti — ed in questo risiede la importanza della considerazione — non esistono in tutta la patologia, altri esempi (ad eccezione di quelli legati a fenomeni infiammatorii) nei quali la semplice vicinanza di un viscere anomalo che non comprime, possa creare alterazioni tali da provocare una dilatazione dell'organo vicino.

BRUNI (Napoli). — La terapia delle piccole idronefrosi dolorose rappresenta a giudicare dai 4 casi personali dell'O. un grave problema. Difatti il dolore che è variabile e quindi di diagnosi difficile, può talora rivestire la forma di una colica renale vera e propria, ma per lo più ha sede addominale per quanto varia. Esso è tale da riflettersi sullo stato generale, e da rendere sfiduciati questi pazienti. In un caso la nefrectomia condusse a guarigione la paziente, negli altri tre lo scapsulamento lasciò immutate le condizioni primitive.

PAVONE (Palermo). — L'O. rivendica la priorità dei suoi studi, con i quali è riuscito a praticare la simpaticotomia chimica del peduncolo renale eseguita a scopo terapeutico nelle nefriti croniche. I suoi esperimenti gli permettono di concludere d'accordo con Ruffo, che tale pratica non provoca dilatazione alcuna del bacinetto, nè alterazioni della funzione renale.

NISIO (Bari). — In base ad un caso clinico osservato ritiene attendibile la teoria dinamica, non quella meccanica, specie in quei casi di idronefrosi, in cui manca qualsiasi elemento capace di determinare un ostacolo al deflusso dell'urina. In quanto alla persistenza del catetere nell'uretere nella pielografia, egli — in disaccordo con Lasio — ve lo lascia per tutta la posa radiografica.

BONANOME (Roma). — Molte idronefrosi da causa non apprezzabile, debbono riconoscere la loro etiopatogenesi in anomalie di sviluppo delle vie escretrici renali. La presenza del vaso anomalo, spesso aggrava certamente una lesione preesistente, ma più spesso deve bastare a spiegare la presenza dell'affezione. Ha constatato pur esso il dolore nel decubito orizzontale nelle piccole idronefrosi, nella cura della quale bisogna distinguere quelle grosse da quelle piccole. Nelle prime si deve ricorrere alla nefrectomia, nelle altre occorre eliminare la causa stenosante. In un caso si ebbe la guarigione definitiva con la enervazione.

CAPORALE (Torino). — L'O. fa notare l'inesattezza del relatore quando dice che l'Andler, il Caporale e il Mingazzini constatarono sperimentalmente che la sola sezione dei nervi, della pelvi e dell'uretere non basta a tentare la peristalsi e che è necessario snervare anche l'ilo renale per provocare l'atonia. Il Caporale invece nel 1926 pubblicando delle esperienze eseguite ha affermato che la sola simpatectomia periureterale parziale dà luogo a onde peristaltiche meno energiche e più rare e alla produzione di idronefrosi.

JURA (Roma). — L'O. richiama l'attenzione sulla possibilità che in una certa percentuale di casi il liquido contenuto nella sacca idronefrotica non sia sterile, pur essendo l'urina limpida. La conoscenza che germi per via ematica, anche in condizioni normali, possano passare attraverso il filtro renale, autorizza a tale riserva sulla sterilità della urina idronefrotica, che ristagna nelle vie urinarie alte.

Jura fa rilevare la importanza delle stretture congenite ureterali come causa di idronefrosi.

L'O. raccomanda le indagini pieloureteroscopiche, le quali sono più sicure per l'apprezzamento della funzione pielo-ureterale, permettendo di eliminare il dubbio che contratture ureterali dovute alla peristalsi del dotto urinario siano interpetrate come punti stenotici ureterali.

PERRUCCI (Bologna). — L'O. sostiene come la chirurgia conservativa possa aver ragione talora, dei disturbi da rene idronefrotico. In un suo caso, si trattava di un individuo in cui crisi di idronefrosi intermittente si potevano riferire ad un trauma precedente. Giunto all'osservazione dell'O. fu trovato all'intervento un rene capovolto, il quale, una volta fissato in buona posizione non diede più luogo a dolori.

ROMANI (Ancona). — Tra le cause meno frequenti di idronefrosi, meritano d'esser menzionati alcuni casi di interesse speciale, come quelli ricordati dall'O. Una idronefrosi bilaterale infetta da periureterite secondaria a vaginite per fistola uretero-vaginale (la donna aveva subito tempo prima un'applicazione di forcipe). Una doppia nefrostomia seguita da uretero-cistoneostomia permise una guarigione della malata. Un caso di I da diverticolo ureterale congenito, constatato operativamente; I da calcolo ureterale sfug-

gito radiograficamente, e messi in evidenza dal liquido della pielografia (tre casi); I da lesione dell'uretere durante il corso di interventi.

Due punti sono da ricercare specialmente nell'anamnesi. Occorre accertarsi se l'ingestione abbondante di liquido determina più facilmente una crisi e se questa è di breve durata. La positività di queste due ricerche parla assai in favore dell'I. Infine si può — per la diagnosi — ricorrere all'iniezione di F. S. F. Se questa riesce abbondante del rene supposto sano e non dalla vescica, in casi di impossibilità di cateterismo del rene dolente, bisogna escludere un riflesso e ammettere la distruzione del parenchima del rene da atrofia o da I.

F. DE GIRONCOLI (Venezia). — (*Risposta*). A Fasiani risponde che certamente vasi anomali possono agire da ostacolo meccanico, ma che altrettanto certamente essi possono alterare la contrattilità dell'uretere come risulta anche dalle belle pielografie presentate dal Lasio nella sua comunicazione relativa alla relazione.

A Bruni che nelle piccole idronefrosi il trattamento curativo sarà possibilmente conservativo; vagliando di caso in caso quale sarà la migliore via da seguire.

A Jura che già Giavotto e Raffo dimostrarono in uno studio radiologico che nelle stenosi nella pielonefrite gravidica trattasi di atteggiamenti peristalsici.

A Travaglini che ha parlato abbastanza estesamente della pseudoidronefrosi nella sua relazione e che le eventuali lacune nella citazione bibliografica dei lavori italiani forse sarebbero state colmate se un maggior numero di colleghi avesse risposto al questionario inviato a suo tempo.

A Caporali risponde ammettendo trattarsi di una svista nella correttura delle bozze.

Ringrazia infine i soci Bonanome, Ferria, Lasio, Fasiani, Rolando, Negro, Nisio, Romani, Perrucci e Bloch per le comunicazioni e discussioni fatte in tema di relazione.

* * *

Nella seduta pomeridiana prima di continuare con le comunicazioni il prof. v. LICHTEMBERG di Berlino, socio onorario della Società italiana di Urologia, presentato dal presidente prof. LASIO, comunicò all'assemblea i risultati dell'Uroselectan.

v. LICHTEMBERG. — *L'Uroselectan*. — L'O. porge il saluto ai congressisti e ringrazia per la sua nomina a socio onorario della Società italiana di urologia. Egli parla poi delle esperienze fatte con l'Uroselectan di Swick per ottenere un'imagine radiologica delle vie urinarie. Si tratta di un composto inalterabile di jodo, che viene iniettato per via endovenosa. Non ne è ancora nota la formula, e non è ancora in commercio. Se ne somministrano circa 30 gr. in 100 di acqua. Il 90 % della sostanza viene ritrovato rapidamente nelle urine, inalterato. Il metodo è stato studiato da lui in circa 200 casi, non dando mai luogo ad inconvenienti. Le vie urinarie appaiono nell'imagine radiologica già dopo pochi minuti. I quadri sono specialmente belli quando esiste un ostacolo al deflusso dell'orina.

SWICK (New York), allievo di v. Lichtemberg, prende la parola per delucidare la parte chimica e radiologica dell'Uroselectan.

L'O. ha elaborato il metodo e parla della qualità chimiche dell'Uroselectan, il quale è un preparato iodico, ben fissato, inalterabile. Esso fu ottenuto dai chimici Bintz e Räth. Furono proiettate una serie di pielografie e ureterografie tutte ben riuscite, di varie forme di calcolosi renale e ureterale.

RAVASINI (Trieste). — *Sull'Uroselectan*. — L'O. rifà la storia della pielografia endovenosa accennando ai precedenti tentativi, in ispecie del Pyelognost di Roseno e parla poi a lungo del nuovo metodo, presentando una serie di radiografie ottenute in collaborazione col radiologo prof. Gortan nei primi casi studiati a Trieste. Vengono riferiti dettagliatamente i particolari di tecnica e i vantaggi del metodo, destinato a completare le attuali ricerche urologiche e che sarà utile in tutti quei casi nei quali la pielografia non è possibile o consigliabile.

Le storie cliniche studiate dal suo allievo dott. Novak vengono illustrate in tutti i loro particolari.

* * *

COLELLA (Napoli). — *Contributo alla chirurgia del rene unico*. — L'esistenza di un solo rene non solo è sufficiente per l'intero organismo, ma la sua resistenza è tale da permettere su di esso anche i più svariati interventi. Tale affermazione è autorizzata dallo studio di cinque casi, dei quali è riportata singolarmente per esteso, la cartella clinica al completo.

Nella divisione urologica di Milano si preferisce sempre la pielotomia alla nefrotomia da riservarsi ai soli calcoli racemosi. Ad ogni modo questo primo atto è stato seguito dal drenaggio temporaneo del bacinetto destinato alla disinfezione del rene e all'eventuale fuoriuscita di calcoletti. Questo drenaggio permette ad ogni modo una disinfezione del rene, tale da consentire in secondo tempo un intervento di importanza maggiore. La perinefrite sclerolipomatosa guarisce con la guarigione dell'affezione determinante. In quanto ai risultati remoti, essi sono da considerarsi abbastanza buoni, sempre tenendo conto della gravità dell'affezione del rene unico.

NISIO (Bari). — *Atrofia renale secondaria*. — Dopo aver distinto l'atrofia congenita da quella acquisita, l'O. presenta un rene atrofico secondario e suppurante, dimostrando come arrivasse a tale diagnosi, attraverso le sue ricerche. Tuttavia la nefrectomia del rene atrofico non migliorò la nefrite del rene controlaterale.

CHIAUDANO (Torino). — *Rene in ectopia pelvica*. — In una donna venticinquenne solo dopo un parto si manifestarono delle coliche nefritiche destre, ad insorgenza nel basso ventre, accompagnate da ematuria.

L'esame obbiettivo rivelò la presenza di una tumefazione ipogastrica quanto una mela, la quale fu interpetrata per un rene in ectopia pelvica con bacinetto dilatato dal quale il cateterismo avesse già ricavato urine torbide. Il rene che si trovava nell'angolo tra le due iliache ed

era fornito di vasi brevi fu asportato per via extraperitoneale parainguinale iliaca.

Degni di note sono due fatti: la presenza di crisi dolorose a sede lombare, la possibilità di un parto eutocico. La via extraperitoneale è da seguirsi nei reni infetti.

Di Majo (Milano). — *Sulla coesistenza della calcolosi e della tubercolosi dei reni.* — Sulla scorta di tre casi di tubercolosi e calcolosi renali associate, tratta dalla revisione di 636 storie cliniche (240 di tbc. renale e 396 di calcolosi della Divisione Urologica di Milano) e di 4000 verbali di autopsia del prof. Pepere, l'O. ritiene di poter così concludere:

1) Quando in un rene esistono calcolosi uratica e tubercolosi questa non può esser che secondaria alla prima.

2) La calcolosi del rene opposto a quello tubercolare, è dovuta principalmente all'acidosi provocata dalla tubercolosi prima e dallo stesso intervento dopo e verosimilmente esiste prima della nefrectomia.

3) Per facilitare la diagnosi della coesistenza dei due processi morbosi bisogna fare la radiografia delle regioni reno-ureterali anche nei casi diagnosticati per tubercolosi renale e la ricerca del bacillo di Koch in tutti i casi di calcolosi se i pazienti hanno precedenti familiari o personali tubercolari.

Perucci (Bologna). — *Rene tubercolare obliterato.* — Dopo sei anni da una guarigione clinica, l'O. fu costretto, per l'insorgenza di fenomeni febbrili gravi, a operare di nefrectomia, un malato, portatore di un rene tubercolare obliterato. Seguì guarigione definitiva.

Scalabrino (Milano). — *Contributo all'istopatologia della tubercolosi renale esclusa.* — Con la scorta di pezzi anatomici e fotografie l'O. dimostra come nella esclusione della tubercolosi renale, a sede bassa, ureterale, entri in gioco, per gran parte, l'elemento dinamico. Esistono certamente, e l'O. lo ammette, dimostrandoli, casi di obliterazione meccanica, ma questi non sono i più frequenti. Si tratta quasi sempre di atonia per degenerazione delle fibre muscolari, dovuta alla tubercolosi.

Bonanome (Roma). — *Sindrome testicolare equivalente della colica renale.* — In un giovane ventiduenne si presentarono dolori accessionali gravi consecutivi a tumefazione del testicolo sinistro. Fu rifiutata una emicastrazione proposta da un altro chirurgo. La radiografia dimostrò l'esistenza di un calcolo ossalico ureterale basso e la cistoscopia un edema e congestione della papilla ureterale sinistra, ciò che servì a confermare la diagnosi radiografica.

Del Rio (Reggio Emilia). — *Perinefrite sclerolipomatosa. Nefrectomia.* — Nella nefrectomia non solo bisogna asportare e cauterizzare il moncone ureterale, bensì occorre escidere quanto si può, del tessuto sclerolipomatoso della neoformazione onde evitare gli strascichi consecutivi a tale mancata precauzione. Tale la conclusione delle osservazioni personali.

Colombano (Milano). — *Terapia incruenta e cruenta della calcolosi ureterale.* — Riassunti brevemente i propri lavori precedenti sull'argomento, l'O. espone le varie indicazioni ai diversi metodi di intervento distinguendo nelle linee generali, i casi nei quali si deve praticare la terapia incruenta, da quelli in cui è preferibile ricorrere all'intervento.

Boretti (Milano). — *Carcinoma della cupola vescicale su cicatrice di epicistotomia.* — È il primo caso che l'O. ha riscontrato nella letteratura tra i postumi della prostatectomia. Fortunatamente la diagnosi fatta cistoscopicamente e cistodiagraficamente permise una guarigione perfetta, ottenuta mediante la resezione subtotale della vescica.

Discussione.

Nisio (Bari). — Nega la rarità del reperto avendo avuto occasione, egli stesso, di vederne due casi.

Pavone (Palermo). — *Le iniezioni neurolitiche radicolari ed epidurali nella cura delle cistiti dolorose.* — Nella terapia delle cistiti dolorose, falliscono spesso tutte le cure. Sembra consigliabile quindi tentare il mezzo proposto dall'O. che consiste nella iniezione di una soluzione stovaino-fenico-alcoolica (½-1-20 %) intorno alle fibre del 2°, 3°, 4° ganglio lombare e 3ª e 4ª radice sacrale, o meglio nella iniezione epidurale con 20 cc. della stessa soluzione, leggermente modificata.

La speranza dell'O. è suffragata dai suoi buoni risultati.

Alesio (Torino). — *Disposizione e struttura dei gangli nervosi nella prostata dell'uomo.* — Nella prostata dell'uomo con il metodo di Cajal, si mettono in evidenza numerosi nervi e gangli nervosi: questi ultimi si trovano disposti in parte, esternamente alla capsula, in parte internamente, nella parte più periferica dei lobi laterali. Le cellule nervose possono esser piccole e grandi senza che per questo si trovino più numerosi nei gangli corrispondentemente grandi o piccoli.

Maltese (Padova). — *Contributo allo studio dei calcoli della prostata.* — La storia clinica, e l'uretroscopia posteriore permisero, malgrado una radiografia negativa, di determinare l'esistenza di un calcolo prostatico di origine esogena (renale). Un'incisione rettilinea, preferibile a quella curva, classica, permise l'ablasione del calcolo e la cessazione dei disturbi, riassumibili, in stranguria, piuria, dolori durante l'ejaculazione. La storia insegna che in presenza di una tal sindrome non chiara, bisogna pensare alla possibilità di una calcolosi prostatica.

Colombano (Milano). — *Scoppio d'uretra da contraccolpo.* — L'O. comunica un caso di rottura traumatica del bulbo dell'uretra che mette in rapporto con un traumatismo sull'ipogastrio, mentre la vescica era in istato di distensione.

Discussione.

Sabatucci (Roma). — Ritiene superfluo indagare se la vescica fosse o pur no piena al momento del trauma, poichè la rottura dell'uretra

si era prodotta davanti e non dietro lo sfintere striato, in una zona, cioè, sulla quale il contraccolpo non può avere alcuna azione.

LILLA (Livorno). — D'accordo con il collega Sabatucci, sospetta che si sia trattato più che di una rottura completa di una semplice rottura interstiziale, tanto più che dopo 8 mesi mancava qualunque segno di stenosi e di decalage.

CATTANEO G. (Milano). — *Tumore raro (amartoblastoma) dell'uretra femminile.* — L'esame istologico di un polipo uretrale (pratica che purtroppo di rado si esegue) rivelò l'esistenza di un amartoblastoma in una bambina di 4 a., che presentava una tumefazione sanguinante e protrudente dall'uretra durante ogni minzione. L'asportazione di detto tumore liberò definitivamente la piccola paziente da tale disturbo.

RAFFO (Genova). — *La narcosi con il narcilene in urologia.* — In base alla personale esperienza, l'O. può raccomandare veramente l'uso del narcilene in ogni intervento d'indole urologica, e in molti esami dolorosi della specialità.

ASCOLI R. (Milano). — *Contributo allo studio delle associazioni batteriche nella tubercolosi renale.* — In seguito a 15 casi di sicura tubercolosi renale, nei quali oltre il Koch fu trovato o il coli o lo strepto o lo stafilococco, l'O. conclude come spesso, dietro un'infezione da germi banali si nasconda qualche cosa di ben più grave.

Discussione.

TARDO (Palermo). — Già nel 1924 aveva dimostrato come i germi trovati in piurie di varie origini, erano rari, ma raramente del tipo coli soggiungendo esser sua opinione che i germi fossero penetrati in vescica per le manovre eseguite da coloro che la cateterizzavano.

VELO (Venezia). — In 10 casi di disturbi cistitici persistenti dopo una nefrectomia per tubercolosi d'un rene, esclusa la tbc. del rene superstite, l'O. sulla base di ricerche batteriologiche, concluse per cistite da germi banali associati. Difatti un trattamento diretto in questo senso, condusse a guarigione o miglioramenti notevoli.

MAROGNA (Modena). — Secondo l'O. sarebbe ora di distruggere l'affermazione classica che la tubercolosi renale è asettica poichè quasi sempre questa è accompagnata da altri germi. Più temibile fra tutti il colibacillo, in quanto che prendendo il sopravvento clinico, rende ardua la giusta diagnosi e la impedisce talora perfino.

PISANI (Milano). — *La saturnoterapia nel carcinoma prostatico e vescicale.* — Tre insuccessi e due buoni risultati riassumono la statistica dei casi di carcinoma prostatico e vescicali trattati col piombo colloidale (I.B.I.).

La posologia dev'essere certo riguardata per l'azione tossica notevole, del preparato che determina una grave anemia. Tuttavia contemporaneamente a questa si manifesta un'azione riducente sul tumore.

BARCO (Genova). — *Micosi renale sperimentale da criptococcus interdigitalis.* — L'inoculazione sperimentale nel rene di tale micete permette lo sviluppo di tipico tessuto di granulazione, il quale, però, è poi sostituito completamente da tessuto di cicatrice.

JURA (Roma). — *La colibacilluria. (Rilievi anatomo-patologici).* — L'O. illustra 7 casi di nefrite e pielonefrite colibacillare, nelle quali fu isolato solo il B. coli C: 3 con il B. coli emolitico da solo, oppure il B. coli non emolitico con stafilococco o streptococco.

Tutti e 7 i casi si riferivano a donne; in 6 si segnalavano turbe intestinali croniche (stipsi) od acute (1 caso). Si trattava di 2 idropionefrosi con stenosi ureterale bassa, 2 nefriti apostematose, 2 nefriti emboliche, 1 pielonefrite. Nel caso di nefrite embolica della metà inferiore del rene con doppia pelvi, quella inferiore, sebbene dilatata, non presentava alcuna lesione.

MUSUMECI G. (Roma). — *Sui pericoli dell'insufflazione d'aria e di ossigeno nelle vie urinarie.* — Siccome l'uso dell'ossigeno, dell'aria nello studio delle affezioni renali è stato seguito qualche rara volta da morte, l'O. chiede l'abolizione di tali ricerche.

MUSUMECI G. (Roma). — *Valore del segno di Colombino per la diagnosi di tubercolosi urinaria.* — Richiama ancora una volta i medici su questo importantissimo segno di diagnosi precoce nella tbc. renale, già descritto nel 1906 e che purtroppo va all'Estero, sotto altro nome.

MUSUMECI G. (Roma). — *Nuovo apparecchio per la raccolta delle urine negli epicistotomizzati.* — L'apparecchio destinato alla raccolta delle urine negli epicistotomizzati si raccomanda per le seguenti caratteristiche: esso permette l'uso della Nélaton, peso poco, è affatto ingombrante ed è completamente sterilizzabile.

ROMANI (Padova). — *Nuovo liquido per la pielografia.* — Per ridurre gli inconvenienti che si accompagnano alla pielografia, l'O. propose la seguente formula: Iposolfito sodio puro g. 15, Acqua g. 10, Joduro-Na gr. 1. Disciogliere ed aggiungere glicerina neutra purissima g. 90. Sterilizzare in autoclave.

TARALLI (Chieti). — *La diatermia nella cura delle prostatiti acute.* — L'eccellente e costante risultato nella cura delle prostatiti acute, che l'O. non ha trovato citato in alcuno dei trattati moderni, l'autorizza a render nota la sua tecnica. Essa consiste in 5-6 applicazioni di 800-1000. Ma per la durata quotidiana di 5'-15' con l'elettrodo metallico nel retto, e quello negativo sotto le natiche, e non sull'addome. Dieci malati così trattati, guarirono tutti.

* * *

Il prossimo Congresso della S. I. U. sarà tenuto non più dopo, ma parallelamente agli altri Congressi di Medicina e Chirurgia a Roma. Tema di relazione: « La pielografia », relatore il prof. RAVASINI di Trieste.

E. MINGAZZINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'arteriosclerosi del fondo oculare.

È stato detto che i vasi retinici sono le finestre attraverso cui si può guardare nel sistema arterioso. Ciò è vero fino ad un certo punto, in quanto l'osservazione del fondo oculare non va disgiunta da un complesso di altre indagini: azotemia, pressione arteriosa, essudati retinici, che possono contribuire a chiarire l'alterazione oculare.

Non è poi raro trovare una discordanza tra il referto *intra vitam* e quello *post mortem;* così essudati riscontrati in vita, non si trovano *post mortem;* dei vasi che apparivano ristretti, sono trovati quasi normali dopo morte, e viceversa.

Questo fatto dev'essere attribuito secondo D. Wexler (*Gazz. Osp. e Clin.*, n. 29, luglio 1929) e noi ci associamo, alle variabili mutazioni che subiscono i piccoli vasi in rapporto al momento ed a cause contingenti.

In genere si ricorre allo specialista allorchè un'arteriosclerosi o una ipertensione legata ad una forma nefritica fa supporre che l'esame del fondo dell'occhio possa dare qualche sussidiaria informazione; invece l'esame del fundus non modifica affatto la prognosi che scaturisce dall'osservazione clinica, vi sia o no un'alterazione della retina.

Dal complesso dei referti si può stabilire che ad una sclerosi dei vasi retinici corrisponde un aumento della pressione arteriosa, e viceversa. Una eccezione importante è costituita dai casi di arteriosclerosi con ipotensione, per insufficienza del cuore; in questi casi la sclerosi delle arterie retiniche svela e conferma la sclerosi delle arterie periferiche.

Non esiste un rapporto di equivalenza tra la sclerosi retinica e la sclerosi dei vasi cerebrali, ammessa tempo fa, specialmente allorchè la sclerosi retinica è lieve.

L'ipertensione che si presenta insieme alle lesioni renali è quella che più costantemente si associa ad una sclerosi dei vasi retinici; manca invece quando la nefrite non si accompagna all'ipertensione.

Uguale comportamento conserva la retinite albuminurica, per cui l'A., associandosi alle vedute di Schick e Volnar, crede che l'essudazione che si nota in questi casi debba essere attribuita alla sclerosi, e solo in via secondaria all'azotemia e alla tossiemia.

Il termine *retinite albuminurica* dovrebbe essere abbandonato, perchè non trova una corrispondenza nei sintomi clinici, e così quello di *retinite renale*, mentre sarebbe più giusto quello di *retinite ipertensiva*.

CARUSI.

Le emorragie retiniche.

Le emorragie retiniche possono colpire improvvisamente individui che precedentemente non avevano avuto alcun malessere oppure nel corso di un'affezione già diagnosticata.

Se si verificano nella regione maculare si manifestano con una considerevole diminuzione dell'acutezza visiva e spesso con uno scotoma centrale. Quando hanno sede altrove provocano disturbi minori.

All'esame oftalmoscopico le emorragie retiniche si vedono come macchie rossastre. Esse con il tempo si trasformano in essudati fibrinosi biancastri, mentre quelle poco abbondanti possono riassorbirsi senza lasciare traccia. Di solito però persiste un tessuto cicatriziale con deficit visivo permanente.

Talvolta emorragie anche piccole si versano nel vitreo determinando un notevole abbassamento della vista.

Veil (*Journal des praticiens*, 7 sett. 1929) ricorda che le emorragie retiniche hanno cause diversissime. Possono verificarsi nel corso d'un'affezione emorragica (vaiuolo, scorbuto, ecc.), di una malattia del sangue (leucemia, anemia, emofilia, ecc.), di affezioni vasali e renali, di malattie del ricambio o proprie della retina.

Nella retinite albuminurica le emorragie coesistono con l'edema da stasi della papilla. Questo reperto oftalmoscopico si riscontra nella nefrite cronica azotemica, e spesso il disturbo costituisce la spia della lesione renale.

Nella trombosi della vena centrale della retina le emorragie sono numerose ed estese, distribuite lungo le vene che sono sinuose, dilatate, nerastre, mentre la papilla appare opacata e sfumata. La trombosi, che per lo più è unilaterale, si verifica negli ipertesi arteriosclerotici. Il disturbo visivo è più o meno notevole; la prognosi è riservata.

Le emorragie recidivanti dei giovani, che secondo alcuni sono dovute alla tubercolosi e secondo altri a disordini endocrini, di rado sono esclusivamente retiniche, per lo più si versano anche nel vitreo.

La retinite diabetica è caratterizzata da emorragie più o meno abbondanti e disseminate, possono invadere il vitreo ed essere bilaterali. La papilla del nervo ottico è normale, il decorso è cronico, e la prognosi sulla funzione visiva deve essere riservata.

La retinite emorragica può anch'essa dipendere da ipertensione arteriosa.

In alcuni individui, per lo più giovani, non diabetici, non ipertesi si possono avere emorragie retiniche senza causa apparente. In tali casi è probabile la dipendenza dalla sifilide.

DR.

Cisti idatica dell'orbita.

Una piccola beduina venne condotta nel febbraio u. s. ai dottori Cuenod e Roger Nataf (*La Tunisie Médicale*, marzo 1929) per una affezione dell'occhio destro.

Da un mese e mezzo circa i genitori si erano accorti che l'occhio destro della piccola usciva dall'orbita.

All'esame obiettivo si riscontrò una esteriorizzazione completa dell'occhio fuori dell'orbita. Sulla parte inferiore della cornea non più riparata dalla palpebra superiore si notava una ulcera trofica di andatura perforante.

Malgrado tutto ciò lo stato funzionale era ancora relativamente buono e non c'era alcun segno di stasi papillare e il fondo dell'occhio era di aspetto normale.

Poichè l'evoluzione era troppo rapida per un tumore e troppo lenta per una raccolta purulenta e si aveva a che fare con una bambina vivente in campagna in contatto con animali di ogni specie, gli autori fecero diagnosi di cisti da echinococco, diagnosi confermata da una puntura nell'angolo infero-esterno dell'orbita che dette esito ad una certa quantità di liquido chiaro come acqua.

La reazione di Weimberg risultò positiva e nella formula leucocitaria si riscontrò una forte eosinofilia.

Mediante una larga incisione lungo il bordo esterno dell'orbita, gli AA. riuscirono ad asportare una grossa cisti idatica di cm. 3 di diametro ed a riporre l'occhio al suo posto, però solo in parte.

Nei giorni seguenti si notò netta la regressione dei sintomi, la riduzione dell'esoftalmo la ricopertura della cornea da parte della palpebra superiore e la cicatrizzazione dell'ulcera perforante.

VICENTINI.

TERAPIA.

Il trattamento moderno della febbre puerperale.

Anderodias (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 febbr. 1929) dà le seguenti indicazioni.

Infezioni vulvo-vaginali. Generalmente benigne, possono costituire il punto di partenza di infezioni assai gravi, che compaiono 2-3 giorni dopo il parto e si manifestano con elevazione di temperatura a 37°,5-38°,5. Dalla vulva fuoriescono dei lochi purulenti, i punti di sutura sono disuniti, le ferite vulvo-vaginali grigiastre, ricoperte di essudato.

In tal caso, si devono anzitutto togliere i punti di sutura; la ferita perineale sarà in seguito medicata a piatto. Si faranno in seguito delle iniezioni, più o meno frequenti di acqua bollita a cui si aggiunge dell'acqua ossigenata o del Liquore di Labarraque. Queste iniezioni hanno però un grande pericolo, di permettere cioè che il liquido che ha bagnato la vagina penetri fino nell'utero. Meglio quindi trattare le ferite vaginali con medicazioni locali; stuelli di garza imbevuti di siero di cavallo o di brodo-vaccino antistreptococcico, da rinnovarsi ogni giorno fino a guarigione.

Infezioni uterine. L'endometrite puerperale compare verso il 3°-4° giorno e si manifesta con elevazione termica che oscilla fra 38° e 39°, preceduta o non da brivido, con un polso verso i 100 e cefalea costante. Utero grosso, dolente, lochi talora diminuiti o soppressi, specialmente se vi è antiflessione. Lochi grigiastri, cioccolata, con detriti membranosi, coaguli ad odore talora fetido. Queste infezioni provocano spesso setticemia.

Delle iniezioni endouterine che costituivano la cura un tempo, ora non si fa che uso limitato e soltanto come iniezioni discontinue col metodo Carrel.

Attualmente, se l'infezione uterina è mantenuta da una flessione uterina che impedisce il normale scolo dei lochi, si raddrizza l'utero; basta talvolta, a tale scopo, l'applicazione di un tampone di cotone sulla faccia anteriore dell'utero; altrimenti si introduce nell'utero un drenaggio fenestrato di Mouchotte, che drena e raddrizza l'organo. Quasi sempre, dopo tale applicazione, i fenomeni febbrili scompaiono.

Se i lochi scolano normalmente, si metterà anzitutto una vescica di ghiaccio sull'addome, in modo da prevenire o limitare le propagazioni periuterine. Si farà un'iniezione di 12 cg. di sulfarsenol (sottocute) e si userà la batterioterapia locale (introduzione nell'utero di uno stuello di garza imbevuto di brodo-vaccino sterilizzato polivalente; od il filtrato di coltura, col metodo Besredka); lo si rinnova ogni 24 ore, per 5-6 giorni. Nella maggior parte dei casi, se questo trattamento è applicato a tempo, si ha la guarigione.

Setticemia. L'infezione uterina può generalizzarsi. La malata ha un brivido, la temperatura raggiunge 40°, il polso sale a 120. L'indomani mattina la febbre cade leggermente, per risalire poi con un nuovo brivido. Lo stato generale si altera progressivamente. In questa forma le probabilità di guarigione sono minime; se l'infezione uterina non è terminata, se ne continuerà il trattamento.

Contro la setticemia è consigliato un ascesso di fissazione: 2 cmc. di essenza di trementina alla regione antero-esterna della coscia. Il metodo è passibile di critiche; se dopo 48 ore l'ascesso non reagisce, si farà una seconda iniezione di 1 cmc. vicina alla prima.

Si continueranno le iniezioni di sulfarsenol (fino a 18 cg.), le iniezioni endovenose di electrargol, la sieroterapa polivalente, non trascurando il trattamento generale di tutte le infezioni.

Le forme localizzate dell'infezione puerperale sono di spettanza chirurgica. *fil.*

La questione del trattamento dell'appendicite acuta in gravidanza.

H. Dworzak (*Med. Klin.*, n. 32, 1929) sulla base di 4 casi capitati sotto la sua osservazione, e dalla disamina di quelli riportati dalla letteratura, stabilisce la seguente linea di condotta, nei riguardi dell'appendicite in gravidanza:

1) Nei primi mesi di gravidanza, fino al principio del 4°, l'appendicite sarà trattata secondo le regole chirurgiche generali, non rappresentando indicazione perchè la gravidanza stessa venga interrotta;

2) Nella gravidanza avanzata la malattia sarà operata in qualsiasi stadio. Quanto prima la paziente sarà trattata, tanto migliori saranno i resultati operatori, nonchè tanto minori saranno i pericoli di aborto o di parto prematuro;

3) In caso di perforazione dell'appendice e di ascesso peritiflitico, se i dolori non sono ancora iniziati, l'ascesso deve essere inciso e drenato. Se l'appendice è facilmente reperibile, deve venire asportata, e, per non provocare dolori, l'utero non deve essere, per quanto è possibile, toccato.

Se poi l'appendice sarà lasciata, si praticherà l'appendicectomia in secondo tempo;

4) Qualora al momento dell'operazione i dolori siano già cominciati, si lascia che il parto segua il suo corso naturale. Ma se il parto si svolge con troppa lentezza e se lo stato della partoriente richiede una liberazione rapida, si pratica prima la laparotomia, si richiude poi l'addome provvisoriamente, si fa partorire con taglio vaginale, e infine si rivede la cavità addominale, e si drena.

M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'influenza dell'applicazione esterna del caldo e del freddo sul potere secretorio degli organi digerenti.

Da molto tempo si applica il caldo contro i disturbi degli organi addominali, ma il problema del meccanismo d'azione delle applicazioni termiche cutanee non è ancora chiarito.

Müller e Hölscher (*Deut. Med. Woch.*, n. 24, 1929) hanno studiato l'azione del calore e del freddo sulla secrezione gastrica degli animali e degli uomini: nel mentre con una doppia sonda gastrica e duodenale, sorvegliavano le modificazioni secretorie, eseguivano applicazioni caloriche locali o riscaldamento generale di tutto il corpo. Un pallone riempito d'aria permetteva di registrare la motilità gastrica.

Il calore, generale o locale, a patto di essere sufficiente per determinare una reazione cutanea (arrossamento) e di essere applicato progressivamente, produce una diminuzione della secrezione gastrica e duodenale, e così pure di quella vescicolare.

La composizione delle secrezioni s'impoverisce, mentre la motilità aumenta. La reazione, indipendente dall'intensità del calore, si produce più o meno presto; ad ogni modo dopo la reazione cutanea.

Si comprende quindi il valore di questi fatti per la spiegazione dell'azione sedativa del calore locale sui dolori delle ulceri gastriche, e sulle crisi dolorose vescicolari, dovute, come sembra, in gran parte, a distensione della vescichetta per la bile secreta.

Il freddo esercita un'azione inversa: attiva le secrezioni dei visceri addominali e diminuisce la loro motilità.

Nell'insieme, sembra che le reazioni cutanee, determinate dalle applicazioni termiche fredde o calde, siano legate a reazioni viscerali inverse: il freddo vasocostrittore cutaneo provoca sui visceri addominali una dilatazione vascolare, con eccitamento funzionale (ipersecrezione), aumento dell'influsso circolatorio e del volume dell'organo; l'azione del calore è invece inversa.

Agendo sulla pelle, è possibile quindi modificare lo stato funzionale dei visceri addominali: tali nozioni pertanto sono suscettibili di applicazioni terapeutiche. A. P.

La funzione del muscolo d'Oddi.

J. Nuboer (*Nederl. Tijdsch. Genees.*, 1929. 1008/1012) considera l'anello muscolare di Oddi, prescindendo dai pochi fasci di fibre immediatamente avanti all'ampolla di Vater, non come uno sfintere, ma come un apparecchio di eiaculazione della bile, per mezzo del quale la sua eliminazione si effettua a poco a poco in modo che la cistifellea, contraendosi, riesce nello stesso tempo a compensare il deficit e provoca un leggero aumento di pressione che facilita l'eiaculazione: esso può considerarsi analogo all'organo di espulsione dell'uretra maschile.

A conferma di tale interpretazione, l'A. ricorda che nell'estirpazione della cistifellea, il muscolo di Oddi si ipertrofizza — una vera e propria ipertrofia da lavoro — che tende a sostituire la forza espulsiva della cistifellea.

V. SERRA.

Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'ulcera peptica del digiuno.

Dopo revisione delle ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'U. P. (molto unilaterale perchè viene considerata quasi esclusivamente la letteratura tedesca), Winkelbauer e Starlinger (*Archiv. f. klin. Chir.*, vol. 40, 1926) passano alla descrizione di un loro metodo che stimano molto importante perchè capace di provocare sempre la formazione di una U. P. Dividono lo stomaco esattamente in due porzioni, queste vengono anastomizzate con una ansa digiunale divisa superiormente e chiusa a fondo cieco, mentre distalmente grazie a una enteroanastomosi alla Braun viene ristabilita la continuità del moncone aborale dello stomaco con il lume intestinale.

In sette cani sopravvissuti riscontrarono sette volte la presenza di una U. P. sul moncone digiunale anastomizzato con la metà orale dello stomaco. L'ulcera si formava in media sette giorni dopo l'intervento.

Quale conclusione del loro lavoro gli autori ritengono che nella genesi dell'ulcera digiunale abbia grande valore la presenza dell'acido cloridrico; pur non rappresentando questa l'unica causa sarebbe certamente il fattore più importante. Questo sarebbe dimostrato dalla presenza dell'U. P. nel moncone digiunale anastomizzato con la metà cardiale dello stomaco, cioè con quella parte dello stomaco che secerne l'acido cloridrico. VALDONI.

Il ricambio alimentare dopo gastrectomia totale.

Bürger e Konjetzny (*Zentr. f. Chir.*, vol. 56, 1929, n. 19, pag. 1154) hanno studiato le alterazioni del ricambio alimentare dopo una gastrectomia totale praticata in una donna di 49 anni per cancro gastrico.

Ricerche simili sono state eseguite già da altri AA., specie sperimentalmente, e non si erano rinvenute alterazioni gravi.

Nel caso degli AA. la perdita massima per i grassi è del 12,6 %, per l'albumina 19,5 per gli zuccheri 18,2 %; queste cifre sono poco inferiori a quelle che si ottengono nell'individuo normale.

Per la perdita della funzione gastrica, i pasti devono essere molto scarsi e frequenti e composti di vari cibi con pochi grassi. La masticazione deve essere prolungata e l'ingestione molto lenta. Se la perdita nel bilancio dei grassi è notevole, converrà somministrare del pancreas fresco, sminuzzato. VALDONI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 7848:

Sul *latte*, veda le seguenti pubbilcazioni: G. FASCETTI: *Nozioni di scienza e tecnica del latte e derivati.* Succ. Wilmant, Lodi, 1928. L. 12. E SAVINI: *Chimica ed analisi del latte e derivati.* Hoepli, Milano 1928. L. 28. J. RENNES: *La question du lait. Etude médicale, biologique et sociale.* Masson, Paris, 1928. Fr. 18.

Per tutte le questioni riguardanti il latte, può anche consultare l'ottima rivista *Il latte*, Milano, via Eustacchi, 9. Abbonamento annuo L. 20.

fil.

All'abb. n. 1986:

Sulle *intossicazioni da solfuro di carbonio e da idrogeno solforato*, veda anzitutto i comuni trattati di patologia del lavoro, p. es., FERRANNINI L.: *La medicina del lavoro.* F. Vallardi ed., Milano. Le dò inoltre qualche indicazione bibliografica.

Solfuro di carbonio. « Policlinico », Sezione med., 1926, pag. 362 (M. AREZZI). « Ann. di clinica e terapeutica », ott. 1925 (BUSACCA e TALCO). « Medicina del lavoro », 1925, p. 419. « Revista espan. de med. y cirugia », aprile 1925, pag. 212. « Chem. Zeit. », 1928, n. 29 (J. EGGERT); rif. in « Chimie et industrie », genn. 1929. « Gazz. Ospedali e cliniche », 1926, n. 3.

Idrogeno solforato. « Zeit. f. Gewerbehygiene u. Unfallverh. », 1927, pag. 205 (RODENHACKER); questo lavoro considera essenzialmente l'intossicazione cronica.

Consulti anche i lavori fatti sulla seta artificiale, p. es., G. LORIGA: *Le condizioni igieniche nell'industria della seta artificiale.* « Bollettino del lavoro », maggio 1925.

fil.

Al dott. G. C., Montecavolo:

La *Corydalis cava* (corrispondente alla *C. bulbosa* ed alla *C. tuberosa*) appartiene alla famiglia delle Fumariacee, si trova nei luoghi ombrosi e selvatici di tutta la Penisola, dove fiorisce in primavera. Ha tubero cavo durante la fioritura, con fibrille su tutta la superficie. In francese, le piante di questo genere hanno il nome di Corydalle, in tedesco, quello di Lerchensporn (sprone di allodola; κορρυδαλός è il nome greco della Allodola col ciuffo) e di Radice cava. Altre specie congeneri hanno uso medicinale, come la *Corydalis formosa*, utilizzata come antimalarico e come diuretico.

Come Botanica farmaceutica, consulti quella di F. CORTESI, Unione tipografico-editrice torinese.

Per ulteriori notizie sulla bulbocapnina, veda l'articolo originale citato nel n. 42 del « Policlinico ».

fil.

Al dott. A. Pitti, da Tramonti:

L'incubazione del carbonchio è breve, da 19 a 72 ore, secondo alcuni e fino a 7 giorni secondo altri. Cfr. LUSTIG: *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vol. II, Vallardi ed., Milano. FILIPPINI: *Prontuario dell'igienista.* Pozzi ed., Roma.

fil.

VARIA.

Idiosincrasia e psichismo.

Bonjour (*Schweizerische Med. Woch.*, 1929, n. 21) sostiene che nei fenomeni dell'idiosincrasia è prevalente l'azione della psiche. Al riguardo egli porta due esempi, quello delle verruche e quello del mal di mare.

Egli è riuscito a guarire le verruche con la suggestione. Con lo stesso procedimento ha ottenuto la guarigione di condilomi.

D'altra parte nelle persone che si esaminano è facile riprodurre reazioni epidermiche e der-

miche all'infuori di qualsiasi stimolo chimico o biologico. Si può così ottenere l'eritema sotto forme e limiti determinati dall'azione psichica; una donna toccata dalla mano di un uomo sulla regione clavicolare, arrossisce nella parte stessa ogni qual volta le si parla dell'uomo che l'ha toccata e per il quale ha un sentimento che ignora o che nasconde. E l'eritema assume proprio la forma delle dita, come se queste avessero lasciata la loro traccia sulla pelle. Mohr in condizioni identiche ha osservato la comparsa di orticaria.

Sembra che lo psichismo possa produrne in ordine di facilità eritemi, papillomi, papule e flittene. Per queste ultime è a ricordare che Kohnstamm è riuscito davanti a neurologi a produrne in forme nettissime, all'infuori di ogni azione meccanica.

Ciò posto e tenuto conto che eritemi e papule sono i fenomeni più comuni dell'idiosincrasia, come è possibile, si domanda il Bonjour, farne la discriminazione da quelli prodotti dalla suggestione?

È ovvio, sempre secondo lo stesso autore, che se i fenomeni idiosincrasici scompaiono con la suggestione, si ha la conferma che essi sono prodotti esclusivamente attraverso influenze psichiche.

Al riguardo accenna al fatto che mediante la suggestione individui che soffrono il mal di mare su un battello navigante in acque tranquillissime e senza alcuna oscillazione, possono affrontare senza alcun disturbo le tempeste dell'oceano.

Un individuo non mangia più fragole, perchè queste gli procurano infallantemente un eritema. Ora se s'invita quest'individuo a mangiare le fragole e gli si suggerisce che egli guariva, egli le mangia senza avere più alcuna manifestazione idiosincrasica.

Con questo sistema l'A. avrebbe guarito durante trenta anni tutti i casi di eritema, di orticaria o di vomiti alimentari e idiosincrasici.

Un ragazzo non mangia da tempo più fragole, perchè queste gli provocano un'eruzione cutanea. La madre un giorno gli offre delle fragole dicendogli: mangiale, non ti faranno male. In effetti egli ne mangia e non ha più eritema. Un'inchiesta assodò che una bambinaia inglese gli aveva suggerita l'idiosincrasia perchè essa stessa ne soffriva.

Un signore soffre d'asma idiosincrasica dopo l'ingestione di spinaci. Egli si crede affetto da cardiopatia, ma l'analisi dimostra che, per una causa sentimentale, soffre di dispnea da che mangia spinaci; egli teme « in's Grün zu beissen », cioè a dire teme di mordere la polvere. Per effetto di un'associazione sinonima la verdura degli spinaci gli ricordano quella della tomba, e la paura della morte scatena la crisi d'asma. In conseguenza è la paura di morire, non gli spinaci, che provoca la crisi. Una signora si lamenta di disturbi tossici che le provocano le uova, le fragole, ecc. In effetti però tutti questi disturbi cessarono quando il medico le disse che essi dipendevano da anormali rapporti coniugali e questi furono eliminati.

È ovvio che se i così detti fenomeni idiosincrasici si verificano in soggetti normali, a maggior ragione e con maggiore violenza e frequenza possono aversi in neuropazienti.

Non altrimenti si comportano i fenomeni detti allergici.

Claparède ha riferito di aver guarito un caso di corizza da fieno con la suggestione.

Bonjour ha guarito la stessa affezione con qualche milligramma di codeina o morfina. Ciò dimostrerebbe l'inesistenza dell'azione pollinica: la morfina sopprime solo l'irritazione nervosa e non i fenomeni tossici, se esistono. In tutti i casi, nei quali cessata la cura, la corizza da fieno riprende, persistono disordini vasomotori i quali provocano turbe nervose di cui la corizza è un episodio.

Un signore sposa in autunno una donna, che sa sofferente di corizza da fieno fin dall'infanzia. Con la primavera la sposa non ha alcun disturbo, mentre lo sposo per la prima volta in vita sua è preso dalla corizza: per un fenomeno di suggestione la donna ha evocato nel marito la paura della corizza e mentre essa nella sua nuova vita l'ha dimenticata, l'altro temendo che ne dovesse essere presa la moglie ne è invece stato colpito lui stesso.

Una signora dichiara di soffrire da anni di febbre da fieno che si manifesta sempre con la medesima data, il giorno della Pentecoste. Quando si consideri che questo giorno è mobile, si comprende l'influenza della suggestione.

Tutto adunque si rapporterebbe ad un effetto dello psichismo, Un'idea falsa produce una reazione, che è una fotografia esatta della rappresentazione mentale. Questa elettività delle reazioni concerne non solo le alterazioni strutturali ma anche quelle chimiche. Mediante la suggestione si può abbassare il tasso dello zucchero, dell'albumina, della cistina, ecc., e così si aumenta o si diminuisce l'attività delle cellule e delle glandole.

Per quel che riguarda l'idiosincrasia il meccanismo fisio-patologico attraverso il quale si esplica la reazione riguarda l'apparato vasomotore, la cui labilità provoca le manifestazioni cutanee, mucose e nervose in quistione.

Le osservazioni del Bonjour meritano di essere tenute in considerazione in quanto, come in tutti i processi biologici, anche nei fenomeni idiosincrasici e allergici si deve riconoscere l'influenza della suggestione. Ma non si può fare a meno di rilevare che il suo esclusivismo è per lo meno esagerato. Lo psichismo infatti, la cui efficienza sulle funzioni somatiche è incontestabile, è forse molto, ma non è certo tutto.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XXXIX. - Annullamento di una deliberazione di dimissione per fine del periodo di prova: effetti: stabilità.

Un impiegato fu licenziato per fine del periodo di prova. La deliberazione fu però annullata dal Consiglio di Stato, per irregolarità formale: perchè l'avviso di convocazione dell'adunanza non specificava quell'oggetto e indicava soltanto « affari di ordinaria amministrazione ».

È qui da considerare una particolarità. Il Consiglio di Stato rilevò, anzitutto, la illegalità della deliberazione per vizio del procedimento di convocazione e osservò che, data la insufficienza dell'avviso, « poteva essere avvenuto che quel componente della Commissione, il quale astenevasi dall'intervenire alla adunanza, così comportavasi solo per aver creduto, in base alla non sincera formula dell'avviso di convocazione, che della conferma o meno dell'impiegato non avrebbe dovuto occuparsi la Commissione stessa ». Questa argomentazione era fondata su dato di fatto non esatto, perchè tutti i commissari erano presenti.

Fu chiesta la revocazione della decisione (13 aprile 1928) per errore di fatto; ma il nuovo ricorso è stato respinto, con sentenza 8 giugno 1929 n. 757, essendosi considerato che la inesattezza di fatto relativa ad una argomentazione sussidiaria non aveva influito sulla decisione, la quale era fondata essenzialmente sulla constatazione della illegalità formale dell'avviso di convocazione.

L'amministrazione rinnovò la deliberazione di licenziamento per fine del periodo di prova; ma il Consiglio di Stato, con decisione 8 giugno 1929 n. 357, ha annullato anche il secondo provvedimento.

L'Amm.ne sosteneva che il periodo di prova è stabilito nell'esclusivo interesse dell'ente e presuppone sempre un giudizio *positivo* di esso circa l'esperimento; l'annullamento della deliberazione, per vizio di forma, non può riferirsi che all'atto amministrativo impugnato e non pregiudica la potestà dell'ente, il quale, per un errore formale, non può esser privato del potere di emettere il suo giudizio pur sempre necessario perchè l'impiegato possa acquistare la stabilità.

Ma il Consiglio di Stato ha correttamente risposto che il periodo di prova non è stabilito nell'esclusivo interesse dell'Amm.ne e la stabilità è subordinata non alla condizione positiva che sia data una conferma, ma alla condizione negativa che nel termine prefisso e col debito preavviso non sia deliberato e notificato il licenziamento. Il semplice decorso del tempo giova all'impiegato, per l'acquisto della stabilità *ope legis*.

La deliberazione annullata, per qualsiasi motivo, non produce alcun effetto giuridico: è considerata *nulla*, come se non fosse mai esistita giuridicamente. Se, dunque, quell'atto è nullo, cioè inesistente e nel termine stabilito non è stato deliberato e notificato altro licenziamento per fine di prova, si perfeziona frattanto la stabilità e l'Amm.ne non può *rinnovare* il provvedimento anteriore, annullato sia pure per semplice difetto estrinseco e formale. Diversa è, invece, la situazione se per la stabilità è richiesto un provvedimento positivo di conferma: è il caso degli ufficiali sanitari, per i quali il Prefetto deve deliberare, entro un termine che è stato considerato non perentorio, il licenziamento o la conferma definitiva.

Sino a quando il Prefetto non provvede, il rapporto di impiego è atto a stabilizzarsi ma non è ancora stabile; continua ad avere efficacia di fatto e giuridica, ma la stabilità è ancora sospesa e il rapporto è risolubile per mancata conferma.

XL. - Nomina ad impiego pubblico sanitario: rapporti di parentela.

Fu nominato medico condotto il figlio dell'unico farmacista che esercitava farmacia nello stesso Comune. Fu fatta quistione di incompatibilità, nascente dal vincolo di parentela. Il Consiglio di Stato, con decisione 12 aprile 1929 n. 200, ha ritenuto che non vi è incompatibilità *giuridica* e che, nel caso concreto, era stata esclusa dal Prefetto una ragione di incompatibilità di fatto. Questa risoluzione corrisponde alla giurisprudenza che si è formata specialmente in rapporto alla nomina dell'ufficiale sanitario. Si era osservato che, dovendo l'ufficiale sanitario esercitare vigilanza sull'esercizio della farmacia, non è idoneo all'ufficio chi ha rapporti di parentela con esercenti soggetti alla sua vigilanza e specialmente con l'unico farmacista del luogo. Ma le incompatibilità non si possono presumere e devono invece essere stabilite dalla legge; è stato, quindi, correttamente dichiarato che il rapporto di parentela non costituisce causa di incompatibilità o più esattamente motivo di ostacolo giuridico alla nomina. Ma poichè l'autorità che provvede ha, entro certi limiti, un potere discrezionale di valutazione, si è anche ritenuto che il rapporto di parentela debba essere valutato, caso per caso, come uno degli elementi che concorrono a formare il giudizio dell'autorità deliberante.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Le Casse mutue per le malattie dei lavoratori dell'industria.

In seguito ad una lunga serie di riunioni, alle quali hanno partecipato gli on. Fioretti, l'avv. Maffei e il comm. Caruso per la Confederazione nazionale dei Sindacati fascisti dell'Industria e l'on. Olivetti e il prof. Balella per la Confederazione nazionale dell'Industria, tra le due Confederazioni si è raggiunto un importante accordo circa la costituzione e il funzionamento delle Casse mutue per le malattie dei lavoratori dell'industria, previste dalla norma 28 della Carta del Lavoro. L'accordo, che riguarda oltre 3 milioni e mezzo di operai di tutta Italia, è stato realizzato grazie allo spirito di collaborazione e di buona volontà manifestato dalle rappresentanze delle due parti, sotto la direzione del Ministero delle Corporazioni.

Il ministro Bottai personalmente ha voluto presiedere alcune sedute particolarmente importanti, e alla sua opera di persuasione si deve in gran parte se sono state superate alcune divergenze manifestatesi soprattutto in quattro questioni: la gestione dei fondi delle Mutue; l'ordinamento del Consiglio di amministrazione; la consistenza numerica delle Mutue aziendali e l'affermazione della tendenza a costituire organismi di collegamento tra le Mutue. In seguito all'accordo raggiunto, il Ministero delle Corporazioni ha iniziato la formulazione di uno schema di statuto tipo di Mutua per gli operai dell'industria. Tale schema sarà sottoposto per le eventuali osservazioni delle parti relativamente alla sua formulazione, così alla Confederazione dell'Industria come a quella dei Sindacati, dopo di che sarà approvato e diventerà definitivo.

La classificazione delle Mutue.

L'accordo intervenuto fra le due Confederazioni riguarda innanzitutto la classificazione delle Mutue. Ci risulta che esse saranno distinte in quattro categorie: mutue aziendali, interaziendali, provinciali e nazionali. Le Mutue aziendali sono quelle che raggruppano tutti gli operai appartenenti alla stessa azienda; interaziendali quelle i cui soci appartengono a due o più aziende diverse; provinciali quelle raggruppanti certe categorie di lavoratori nell'ambiente provinciale e nazionali quelle costituite per tutti i lavoratori della categoria, qualunque sia l'azienda o la provincia in cui lavorano.

Il criterio che varrà per la scelta tra il tipo aziendale e il tipo interaziendale sarà sovrattutto un criterio numerico. Si è infatti deciso che la Mutua aziendale dovrà avere di regola, e cioè salvo accordi in contrario delle organizzazioni locali, un numero minimo di 100 soci. Quando pertanto uno stabilimento abbia un numero di dipendenti minore non si farà luogo alla costituzione della Mutua aziendale, ma alla Mutua interaziendale, raggruppando insieme i lavoratori delle aziende minori fino a raggiungere quella cifra. Con questa decisione, cui non si è giunti senza contrasto, si è voluto evidentemente evitare che si costituissero delle Mutue non sufficientemente vitali. Si tratta in sostanza di piccole Società di assicurazione, e tutti sanno che non è possibile esercitare l'assicurazione se non si possono coprire i rischi per un numero sufficiente di assicurati.

Le Mutue provinciali saranno costituite per quei rami di lavoro in cui si verifica generalmente un forte e rapido avvicendamento della mano d'opera, in modo che viene a mancare lo stabile legame tra l'operaio e l'azienda. Tale dovrebbe essere il caso dei lavoratori edili. Le Mutue nazionali verranno costituite per quelle particolari categorie in cui l'avvicendamento della mano d'opera, oltre ad essere rapido, sia normalmente assai esteso, provocando una continua migrazione di lavoratori da provincia a provincia. Tale dovrebbe essere il caso degli orchestrali.

Gli scopi.

Gli scopi delle mutue tutte, connessi naturalmente con l'assistenza sanitaria, sono piuttosto complessi. Innanzi tutto esse dovranno assicurare al socio la corresponsione di un sussidio giornaliero, non inferiore alla metà del salario in caso di malattia. Il pagamento della indennità comincerà a decorrere dopo un periodo di quattro giorni e si protrarrà per un periodo che se andrà di regola da un minimo di 90 ad un massimo di 120 giorni, potrà anche raggiungere i 150 giorni. La stessa indennità sarà corrisposta alla donna in caso di parto per tutto il periodo del puerperio. Le Mutue dovranno inoltre prestare la gratuita assistenza medica, chirurgica e farmaceutica, nonchè concorrere, in determinati casi, alle spese di ricovero dell'assicurato in case di cura. Infine le Mutue dovranno corrispondere al coniuge o alle persone a carico dell'assicurato una indennità in caso di morte. Oltre a questi compiti fondamentali le Mutue dovranno concorrere nelle spese per le cure idroterapiche, balneari, ecc.

Il bilancio delle Mutue sarà alimentato da contribuzioni periodiche e settimanali dei lavoratori, contribuzioni che graveranno per metà sui prestatori d'opera, per metà sui datori di lavoro. Tali contributi andranno da un minimo dell'1 per cento del salario, ad un massimo del 3 per cento, a seconda della misura del salario, del grado di sviluppo dei servizi assistenziali, ecc.

La Mutua sarà retta da un Consiglio di amministrazione costituito su base paritetica: una metà di consiglieri sarà nominata dall'Associa-

zione sindacale dei datori di lavoro, l'altra metà dall'Associazione dei Sindacati. I consiglieri di amministrazione delle Mutue, particolare importante, benchè di regola durino in carica un biennio e siano rieleggibili, sono in qualsiasi momento revocabili dalla Associazione che li ha nominati.

In questo modo le associazioni sindacali, che debbono svolgere opera di vigilanza sulle Mutue, potranno efficacemente intervenire in qualsiasi momento ad impedire abusi.

Questa possibilità è anche assicurata da un'altra disposizione: se gli amministratori operai debbono essere scelti di regola fra i soci della Mutua, l'associazione sindacale ha la facoltà di sceglierli anche fuori. A ciò si farà ricorso evidentemente nel caso in cui vi sia ragione di sospettare che i rappresentanti operai, a causa del rapporto di subordinazione gerarchica che li lega ai datori di lavoro, non si trovino più nelle condizioni migliori per tutelare gli interessi dei prestatori d'opera.

Da notare che in seno al Consiglio della Mutua, non vi è alcuna prevalenza di parte: anche il presidente non ha che un semplice voto e in caso di parità di voti la deliberazione si intenderà rigettata. Si è soltanto stabilito che l'amministratore delegato della Mutua venga scelto fra i rappresentanti dei datori di lavoro e che in corrispondenza il direttore generale venga scelto fra i lavoratori. È qui opportuno precisare che l'amministratore delegato della Cassa la rappresenta di fronte ai terzi, sta in giudizio per essa ed ha la firma sociale. Egli provvede alle convocazioni ordinarie e straordinarie del Consiglio di amministrazione e infine risolve le controversie in prima istanza fra gli iscritti e la Cassa. Invece il Direttore generale cura la esecuzione delle deliberazioni del Consiglio di amministrazione, sovraintende al funzionamento dei servizi tecnici e amministrativi della Mutua, ivi compresi i servizi contabili e di cassa, si occupa di tutte le questioni inerenti al normale funzionamento dell'Ente.

L'impiego dei fondi.

In armonia con gli accordi intervenuti lo statuto-tipo fisserà anche le norme per l'impiego dei fondi della Mutua. Si stabilirà al riguardo che le Mutue interaziendali, provinciali o nazionali dovranno depositare i fondi presso una Banca in conto corrente, mentre per le Mutue aziendali sarà lasciata al Consiglio di amministrazione la facoltà di investire i fondi sociali in deposito o in conto corrente presso una Banca o altro Istituto di credito, presso cui sia correntista la ditta, ovvero di investirli in conto corrente presso la ditta stessa, che dovrà corrispondere sulla somma interesse da fissare.

Questo complesso di norme appare preordinato allo scopo di impedire che i fondi raccolti per l'assistenza sanitaria vadano distolti dalla loro naturale e necessaria destinazione, come accadeva ai tempi del sindacalismo rosso, quando i denari raccolti per assistere i lavoratori nella malattia venivano impiegati a scopi di resistenza sindacale e gli operai non trovavano più, nel momento del bisogno, quello che avevano acquistato il diritto di attendersi con le loro sudate contribuzioni.

Non deve meravigliare d'altro lato la facoltà lasciata al Consiglio di amministrazione delle Mutue aziendali di investire i fondi nella ditta. Si è già visto che il Consiglio di amministrazione è costituito in modo da garantire la più assoluta libertà di azione e giudizio. Non vi è dubbio quindi che essi procederanno a tali investimenti, solo quando la solidità dell'azienda appaia in maniera chiarissima, sì che ne risulti anche la convenienza generale delle operazioni.

I collegamenti fra Mutua e Mutua faranno sì che il lavoratore che passa da un'azienda all'altra non perda i diritti acquisiti con i versamenti effettuati nella Mutua di provenienza, ma possa entrare nella nuova Mutua con la stessa posizione personale che aveva lasciata. Inoltre essi dovranno consentire l'assistenza sanitaria anche a quegli operai, che per non aver raggiunto ancora il numero minimo di contribuzioni necessario, non abbiano maturato il diritto alla assistenza da parte di alcuna Mutua. In tali casi l'assistenza sarà data dall'organo di collegamento.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore Sezione Medico-Micrografica Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 18.000 elevabile a L. 20.500. Indennità servizio attivo L. 4000. Domande e documenti di rito debbono pervenire alla Segreteria della Provincia entro il 15 gennaio 1930.

Aquila. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Civico S. Salvatore; L. 6000 e compensi per operazioni ai paganti in proprio; scad. ore 12 del 10 gen.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a.; docenza in clin. o patol. chirurg. ovvero aiutato di 4 anni in Clinica od Osped. import.; doc. a 3 mesi dal 20 nov. Biennio di prova.

Bari. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario Consorzio Modugno-Bitritto. Per titoli ed esami. Abitanti complessivi 17.436. Superficie ettari 5348. Stipendio L. 15.000 con 4 aumenti quadr. del decimo. Divieto libero esercizio. Età lim. anni 45. Documenti usuali. Scadenza 30 dicembre. Rivolgersi R. Prefettura, Bari.

Biella. *Ospedale degli Infermi.* — Direttore sanitario; L. 30.000, alloggio e accessori; età 35-45 a.; scad. 31 dic.; tassa L. 50 alla Cassa dell'Ospedale.

Castelnuovo di Conza (*Salerno*). — Consorzi con Santomenna; L. 7000 oltre L. 1000 indenn. residenziale, L. 2000 cavalc., L. 1000 se uff. san., 4 quadrienni dec. Scad. 15 dic.

CIVITELLA DI ROMAGNA (*Forlì*). — A tutto 25 dic.; 2ª cond.; L. 11.000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; età lim. 35 (39) a.; certif. di buona cond. politica; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 20 nov.

LAUREANA CILENTO (*Salerno*). — L. 7000; indennità ed aumenti di legge. Scad. 30 gen. 1930.

MAIERATO (*Catanzaro*). — Scad. ore 14 del 23 dic.; L. 7500 comprese L. 500 indenn. malarica; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 12 nov.

MELDOLA (*Forlì*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; doppio c.-v. in L. 1200 e lire 600; per Ospedale L. 1000; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Chirurgo dirigente la Sez. Meccanoterapica Francesco Ponti dell'Ospedale Maggiore; L. 7600 e partecipaz. proventi; scad. 31 gen., ore 16; età lim. 40 a.; 7 anni di esercizio pratico chirurg., dei quali almeno 3 in Istituto di meccanoterapia; titoli ed esami. Nom. quinquennale e 2 conferme quinquennali. Chied. annunzio.

MODENA. — 5° Reparto; L. 9000 oltre L. 1000 indenn. carica; c.-v., 3 trienni e 2 quinquenni dec., assicur. ecc.; età lim. 35 a.; scad. ore 17 del 31 dic.

NAPOLI. *Alto Commissariato.* — Ufficiali sanitari per 6 Comuni e 2 Consorzi; scad. 20 gen.; v. N. 48

OSTIANO (*Cremona*). *Congregaz. di Carità.* — Consorzio con l'ex comune di Gabbioneta. Medico chirurgo, cui è affidato l'Ospedale Civile; lire 11.000 oltre L. 300 uff. san., c.-v., L. 3000 trasp., aumenti fino al 50 % dopo 20 anni di servizio. Scad. 31 dic.

PADULI (*Benevento*). — Scad. 20 dic.; v. N. 48.

PONTECCHIO POLESINE (*Rovigo*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000. Aum. quadrien. del decimo per 5 volte. Indenn. servizio ufficiale sanitario L. 500. Caro viveri di legge e sino alla conservazione. Indennità trasporto L. 3000 (cavallo); L. 1500 (motoc.); L. 1000 (bicicletta). Alloggio in una casa comunale contro tenue fitto. Età massima anni 35. Documenti di rito. Tassa L. 50,10. Scadenza 26 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi Segreteria Comunale.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 294 c.-v.

ROMA. *Governatorato.* — Coadiutore nella Sez. Medico-Micrograf. del Laboratorio di Igiene e Profilassi. Scad. 16 dic.; v. N. 48.

ROMA. *Ministero dell'Interno* (*Direz. Gen. della San Pubbl.*). — Dieci posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe; scad. 28 feb.; v. N. 48.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Ospedale Maggiore.* — Medico aiuto interno; scad. 16 dic.; v. N. 48.

S. NICOLÒ GERREI (*Cagliari*). — Consorzio 3 Comuni; L. 12.000 e c.-v., oltre L. 3000 trasp., lire 1000 uff. san., 4 quinquenni dec. Scad. 15 dic.

TRAPANI. — Scad. 15 dic.; v. N. 48.

UDINE. — Scad. 28 dic.; v. N. 48.

VARENNA (*Como*). — Abitanti 2163. Stip. annuo L. 9000 e 4 aumenti quadr. del decimo, più indennità L. 3500 per mezzo di trasporto e L. 500 per eventuale indenn. di ambulatorio. Le domande e i documenti di rito devono pervenire alla Segreteria Comunale entro 30 giorni dal 15 novembre. Tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Cercasi dottoressa per Assistente interna Istituto Medico per fanciulli. Per chiarimenti rivolgersi: Rag. De Dominicis, via degli Astalli, 15 - Roma.

CONCORSI A PREMI.

Concorso sul tracoma.

È stato indetto, da « L'expansion médico-pharmaceutique française », un concorso che comporta 18 premi del valore di 15.000 franchi; il primo è dell'importo di 6000 franchi. La somma totale è stata offerta dal sig. Alfred Chauvin e depositata presso la banca Morgan e Cie. Tema: « Profilassi e trattamento del tracoma ». Per profilassi dovrà intendersi unicamente quella medicamentosa, non quella igienica, a meno che il candidato non abbia idee personali al riguardo. Per trattamento dovrà intendersi quello medicamentoso, non quello chirurgico, a meno che il candidato non proponga un trattamento semi-medico e semi-chirurgico. Scadenza 1° marzo 1930. Per informazioni rivolgersi alla società suddetta, boite postale n. 8, S. Aubenas, Ardèche, Francia.

Per un antidoto dell'iprite.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa, che ha sede a Ginevra, stabilisce un premio di 10.000 franchi svizzeri (oltre 36.000 lire) per chi troverà un mezzo che denunci la presenza delle minime tracce di iprite (il cosiddetto « gas senapa », che fu usato nella guerra mondiale) nell'aria. Il premio è divisibile. Il reagente e l'apparecchio per produrlo dovranno prestarsi alla produzione in grande. Il reagente dovrà rilevare in modo sicuro la presenza dell'iprite nella misura di milligrammi 0,07 in un litro d'aria. Il concorso scade il 31 dicembre 1929. I concorrenti potranno presentare i loro lavori in francese, inglese, italiano e tedesco. L'esito sarà proclamato il 31 gennaio 1931. Il mezzo che risulterà efficace porterà il nome del suo inventore.

Premi di medicina sociale.

La « Società Italiana di Medicina Sociale » mercè la liberalità della « Rivista di Terapia Moderna e Medicina Pratica » che ha messo a sua disposizione la somma di L. 10.000 (diecimila), ha bandito due concorsi fra i Medici Italiani per monografie che vertano rispettivamente sui temi seguenti: 1) La medicina preventiva e la selezione professionale dell'operaio in rapporto alle assicurazioni sociali; 2) Le ragioni d'indole medica e sociale che stanno per la ruralizzazione contro l'urbanesimo. Scad. (data di spedizione raccomandata) per i medici italiani residenti in Italia 31 marzo 1930; per quelli residenti all'Estero tutto aprile. Per il programma, per chiarimenti rivolgersi alla: Società Italiana di Medicina Sociale, via Dogana, 2 - Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. L. Pousepp, di Reval (Estonia), è nominato dottore *honoris causa* dell'Università Stephan Batonii di Vilma (Polonia).

È anche nominato membro della « Sociedad Brasileña de Neurología y Psiquiatria » e della « Academia de Ciencias portuguesas ».

Il dott. Lapp, assistente alla Clinica medica di Marburgo, è nominato medico capo della nuova Clinica pel ricambio istituita a Vienna a cura del prof. C. von Noorden, e gli è stata affidata la direzione della Scuola di dietetica.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la limitazione degli stupefacenti manifatturati.

Il Governo Nazionale ha fatto sapere che al Segretario della Società delle Nazioni, affinchè egli ne metta al corrente il Governo degli Stati Uniti, che approva i principii fondamentali del progetto del Governo di Washington sulla limitazione della produzione degli stupefacenti manifatturati.

È noto che, secondo questo progetto, ogni Governo dovrebbe notificare anticipatamente, per un periodo determinato, i suoi bisogni per ciascuna delle sostanze tratte dall'oppio e dalle foglie di coca che sono attualmente e potrebbero in futuro essere previste sia dalla convenzione dell'Aja, sia dalla convenzione di Ginevra.

Ogni Stato dovrebbe inoltre indicare il paese presso il quale intende fare gli acquisti necessari per i propri bisogni sanitari e scientifici.

Commissione internazionale per lo studio dei gruppi sanguigni.

Si adunò nello scorso luglio a Parigi, presso l'Istituto Internazionale di Antropologia, allo scopo di stabilire regole uniformi nella determinazione dei gruppi sanguigni e di creare una collaborazione internazionale. Venne deciso di promuovere la formazione di Comitati nazionali. Per qualsiasi informazione rivolgersi al prof. Leone Lattes, direttore dell'Istituto di medicina legale della R. Università di Modena.

Commissione medica internazionale per la navigazione aerea.

Si è riunita a Parigi la commissione medica internazionale per la navigazione aerea. Sono state trattate importanti questioni riguardanti il traffico aereo e l'aviazione civile.

A presidente della commissione è stato rieletto all'unanimità il gr. uff. Di Nola, delegato italiano. La conferenza si è occupata sopratutto dell'equivalenza fra i brevetti militari e quelli di turismo aereo; ha preso in esame talune speciali malattie che esimono dal pilotaggio ed ha stabilito visite mediche per le donne dedite al trasporto aereo per i pubblici servizi.

Provvidenze medico-sociali dell'Associazione Ferrovieri.

Da qualche anno l'Associazione Nazionale Ferrovieri Fascisti ha dato largo sviluppo alle opere assistenziali in pro' dei suoi soci. Ha iniziato la sua attività benefica nel 1927, con due colonie marine, che ospitarono allora 792 figli di ferrovieri, cresciuti a 1534 nel 1928. Col 1929, si è dato più ampio sviluppo alle colonie già esistenti e costituendone altresì delle nuove ed ospitando 3888 bambini alle colonie marine e 558 alle montane.

Attualmente, l'Associazione possiede due colonie marine ed una montana ed altre due marine ne sta costruendo, sicchè nel 1930 potrà accogliere 7000 figli di ferrovieri; alcune di tali colonie avranno il carattere permanente, rimanendo aperte tutto l'anno.

La sorveglianza sanitaria di queste colonie è affidata a medici locali, che prestano opera efficace e premurosa, integrata da quella del corpo sanitario ferroviario. L'assistenza e la vigilanza dei ragazzi sono affidate a maestre diplomate, prescelte con criterî rigorosi. Ogni colonia è fornita di una piccola biblioteca; in tutte si fanno settimanalmente delle proiezioni cinematografiche adatte per ragazzi.

Il vitto sano ed abbondante, gli esercizi ginnastici e la vita sana all'aria libera hanno prodotto ottimo effetto, sicchè si è avuto in tutti un irrobustimento comprovato, fra l'altro, anche dall'aumento di peso medio individuale, che è stato di kg. 2,500.

Nel triennio 1927-1929, per l'acquisto, la gestione e l'arredamento si sono spesi più di 4 milioni e mezzo di lire.

Nè qui si ferma la provvida attività dell'Associazione, che ha assicurato altresì l'assistenza sanitaria a ferrovieri e famiglie, sia in ambulatori che a domicilio, ha riordinato la Farmacia cooperativa ferrovieri ed altre opere ha in programma, di cui parlerà solo a fatti compiuti.

Anima di questa fervida attività è l'on. Riccardo Barisonzo, segretario generale dell'Associazione, da lui diretta con una larga visione dei problemi sociali, rendendo in tal modo più salda e compatta l'unione fra i membri della grande famiglia ferroviaria.

Per un convalescenziario agli operai tubercolotici.

Il Capo del Governo, presente l'on. Bottai, ministro delle Corporazioni, ha ricevuto il Consiglio direttivo dell'Ente Biellese di assistenza agli operai, accompagnato dal Prefetto di Vercelli, ing. D'Eufemia, dagli onn. Fioretti, Olivetti e Morelli.

L'Ente ha offerto all'Istituto « Benito Mussolini », Clinica della tubercolosi recentemente inaugurata a Roma, la Villa Balduino di Bioglio Biellese, già acquistata ed approntata, allo scopo di creare un sanatorio per collaborare alla lotta antitubercolare nella zona Biellese.

Il Capo del Governo ha espresso il suo vivo compiacimento per lo squisito atto di autentica collaborazione tra operai e datori di lavoro, che si erano già dimostrati dei precursori nelle opere assistenziali.

Il funzionamento dell'Ente Biellese Assistenza Operai ebbe inizio nel 1925 col contributo dell'uno per cento annuo sulle paghe (il 0,33 a carico dell'operaio, il 0,66 a carico del datore di lavoro).

Nel 1926 cominciò l'assistenza ospitaliera delle operaie e ad essa seguirono: il sussidio maternità e puerperio; le assistenze balneo-termali; le cure speciali (radiologiche, fototerapiche, ospita-

liere, cliniche, ecc.); il sussidio malattia per gli operai curati a domicilio; l'assistenza infortuni; il convalescenziario e l'assistenza ai tubercolotici, ecc.

Dal 1926 al 1928 si svolse così in modo organico un vero piano completo di assistenza sociale, quando venne pubblicata la legge sull'assistenza del tubercolotico e sulla lotta contro la tubercolosi.

L'E.B.A.O. non poteva disinteressarsi a questa grandiosa manifestazione, e siccome con la nuova legge veniva a provvedere all'operaio tubercolotico un nuovo Istituto Statale, si rendeva superflua la già consistente opera dell'E.B.A.O. il quale ha deciso allora di acquistare la magnifica Villa di Bioglio, sulle ridenti colline del Biellese e di trasformarla in convalescenziario.

Alla Villa sono annessi 95 mila metri q. di terreno di cui 45 mila cintati, tutta a boschi.

Colonia elioterapica Umberto di Savoia.

In una riunione di rappresentanti di varie istituzioni della provincia di Udine veniva deliberato di fondare una grande colonia elioterapica intitolata all'augusto nome di Umberto di Savoia.

Elargizioni e lasciti.

Un munifico benefattore che ha desiderato di rimanere ignoto ha elargito L. 100.000 in titoli del Littorio all'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia.

Per onorare la memoria del loro principale, il compianto sen. Alessandro Maino, i dipendenti dei suoi stabilimenti di Gallarate hanno versato 60 mila lire in titoli del Littorio alla Congregazione di Carità a favore del locale Padiglione di Maternità e Infanzia.

Fondazione Carlo Forlanini.

La « Fondazione Carlo Forlanini » si propone di sussidiare ricerche in corso od in progetto sulla tubercolosi, con speciale riguardo alla tubercolosi polmonare e sua cura.

Invita perciò gli studiosi che se ne occupano, a presentare, se lo credono opportuno, il programma dei loro studi. Il Consiglio Direttivo della Fondazione li prenderà in accurato esame e finanzierà quelle ricerche che più siano parse degne di considerazione.

La somma che può essere destinata a tale scopo può raggiungere complessivamente le ventimila lire annue. Le somme saranno erogate: in parte subito all'atto dell'assegnazione, in parte quando i ricercatori avranno presentato il risultato delle loro ricerche alla Fondazione.

È necessario che il ricercatore: 1) specifichi il programma della ricerca; 2) documenti con pubblicazioni o con attestazioni la propria preparazione scientifica e tecnica per le ricerche proposte; 3) documenti che può disporre del laboratorio di un Istituto convenientemente attrezzato; 4) indichi il tempo presunto necessario per svolgere le ricerche, la somma richiesta e come essa verrà impiegata.

L'assegno può impiegarsi nell'acquisto di apparecchi e materiali necessari alle particolari ricerche ed in spese straordinarie richieste da queste, compresa, per esempio, la spesa per personale tecnico adatto. Non deve impiegarsi per apparecchi e materiali che sono ordinario arredo di laboratorio.

Eccezionalmente e per ragioni documentate, potrebbe, quando fosse necessario, esservi compreso un onorario per permettere al ricercatore di dedicarsi al suo studio.

Saranno prese in considerazione le proposte pervenute al Consiglio Direttivo della Fondazione Forlanini entro il 28 maggio 1930 presso la sede della Fondazione stessa: Via Francesco Sforza 35 - Milano.

Il Consiglio Direttivo è così composto: presidente: prof. Luigi Zoja; vice presidente: grand'uff. Stefano Benni; consiglieri: dott. Achille Aliprandi, prof. Adolfo Ferrata, prof. Achille Monti, prof. Scipione Riva Rocci, prof. Enrico Ronzani.

Corso di perfezionamento in medicina a Karlsbad.

Dal 15 al 21 settembre, alla presenza di oltre 800 partecipanti, ebbe luogo a Karlsbad l'11° corso di perfezionamento internazionale medico, organizzato, come i precedenti, dalla Direzione della celeberrima stazione di cura. Una trentina di conferenze furono tenute da scienziati di ogni parte, si può dire, d'Europa. È impossibile accennare a tutti, sia pure brevemente. Vanno ricordate in special modo quelle del prof. v. Romberg di Monaco sull'asma cardiaco e l'asma cerebrale, notevole sopratutto dal punto di vista della terapia; del prof. Penhad di Praga, attualissima per il suo argomento, sulla provocazione della secrezione insulinica con mezzi aspecifici; del prof. Naegeli di Zurigo, sulla cura delle anemie e delle leucemie; del prof. Bonhöffer di Berlino sulla balneoterapia delle malattie mentali e nervose; del prof. Assmann di Lipsia sull'essenza e la classificazione delle malattie articolari croniche; del prof. Pribram di Francoforte sulle cause e terapia della sterilità femminile; del prof. Pfeiffer di Essen, sulla terapia fisica dell'arteriosclerosi periferica; del prof. Kostlivy di Bratiplan sulla cura chirurgica e balneoterapica delle ulcere peptiche gastriche e duodenali. Tre clinici italiani erano stati invitati: i proff. sen. Gabbi, L. Zoia, M. Mingazzini. Essi parlarono rispettivamente su: la medicina sociale nei tempi odierni; il tasso emoglobinico in condizioni normali e patologiche; la terapia moderna delle neurosi funzionali.

Le lauree di medicina in Francia.

I diplomi di laurea in medicina rilasciati dalle 10 Facoltà mediche francesi alla fine dell'anno scolastico 1928-29, ammontano a 1069, di cui 965 diplomi d'università (abilitanti all'esercizio professionale) e 104 diplomi di Stato (per cittadini stranieri).

Il numero più alto di diplomi venne rilasciato dalla Facoltà di Parigi: 515; seguono Lione: 133; Bordeaux: 111; Montpellier: 84; Tolosa: 69; Lilla: 40; Strasburgo: 35; Nancy: 35; Algeri: 23; Beyrouth: 23. Tra gli stranieri l'Italia è rappresentata soltanto da una dottoressa: Agnese Giulia Ida Chiarli.

(Dalla « Vie Médicale », 25 ott. 1929).

Pel trentesimo anno di insegnamento del prof. Clivio.

Il trentesimo anno di insegnamento del prof. I. Clivio, direttore della Clinica ostetrica della Regia Università di Genova, fu festeggiato con la partecipazione di illustri clinici, tra gli altri il prof. E. Alfieri, direttore della Clinica di Milano, e il prof. Acconci, direttore di quella di Pavia. Hanno tessuto l'elogio del festeggiato il rettore dell'Ateneo genovese, Moresco, il prof. Tunisi, il prof. Catterina e il prof. Alfieri il quale ha portato al maestro l'augurio e il saluto di tutti i discepoli.

Il cinquantenario del " Concours Médical ,,.

Il noto giornale che ha assunto la direzione del movimento corporativo medico in Francia ha solennizzato il suo cinquantesimo compleanno a Parigi, il 17 novembre.

Alla simpatica e caratteristica cerimonia intervennero più di 300 notabilità mediche, tra cui quasi tutti i professori della Facoltà di Parigi, con alla testa il decano Roger, molti professori di altre Facoltà, una rappresentanza di medici del Belgio, ecc. Due membri del Consiglio direttivo avevano già avuto il privilegio di assistere alla fondazione: i dottori Gassot e Maurat.

Furono pronunziati una dozzina di discorsi, tra cui applauditissimo quello del redattore capo Noir. Essi vennero intramezzati da manifestazioni artistiche: musica, canto e perfino teatro. L'orchestra medica di Parigi, composta di oltre 100 strumentisti, fece valere tutta la sua bravura.

Seguì un banchetto di 400 coperti all'Hôtel Continental e poi un ballo animato.

Congresso delle biblioteche mediche negli Stati Uniti.

Dal 2 al 7 settembre si è tenuto a Cleveland il Congresso annuale della « Medical Library Association ». Il dott. A. Malloch, nella conferenza inaugurale, trattò il tema « La bibliografia medica ». Tra i temi che destarono maggiore interesse furono: la profilassi degli incendi, l'assicurazione delle biblioteche mediche; le piccole biblioteche mediche la compilazione del « Quarterly Cumulative Index Medicus », ecc. Venne accettato l'invito di Montreal (Canadà) per il convegno del 1930. Alla presidenza fu confermato il dott. A. Malloch; a segretaria miss Sue Biethan, University of Michigan Medical Library, Lansing.

Con dolorosa sorpresa apprendiamo, mentre questo numero va in macchina, che il prof. GIOVANNI MINGAZZINI ci è stato strappato dalla morte.

Dell'illustre scienziato, clinico e maestro — il quale era tuttora in fervida attività di lavoro — diremo in un prossimo numero.

È morto a Barcellona (Spagna), in età di 80 anni, il dott. JAIME FERRAN. Introdusse in medicina il vaccino anticolerico, il quale dette l'abbrivo a tutte le vaccinazioni batteriche, così a scopo profilattico come a scopo curativo. Interessa ricordare che la prima prova di vaccinazione venne eseguita dal Ferrán sopra se stesso; poi la estese alle persone di famiglia; poi ad alcuni amici volenterosi: soltanto allora egli si sentì autorizzato ad applicare su larga scala il suo metodo, la cui importanza subito s'impose.

Il Ferrán ha modificato il metodo antirabbico ideato da Pasteur e ha recato altri notevoli contributi alla medicina.

In questi ultimi tempi ha elaborato una concezione molto discussa sulla derivazione del bacillo tubercolare da un bacillo saprofitico non acidoresistente, designato con « alfa », mediante il quale il Ferrán ha allestito un vaccino antitubercolare. Vi ha consacrato una mole imponente di studî.

Ehrlich ebbe a dire di lui: « La scienza ricorda con gratitudine il nome di Ferrán ». E Roux rilevò che i suoi lavori « furono il punto di partenza delle investigazioni numerose fatte poi e che hanno condotto a scoperte importanti ».

V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Stomatologia, ag. — B. Roccia. Cisti dentarie. — C. Ramorino. Il calcio in odontoiatria.

Brit. Med. Journ., 31 ag. — Numero sull'insegnamento.

Bull. Méd., 31 ag. — Numero sulla chirurgia estetica.

Brit. Journ. of Urol., sett. — R. Campbell Begg. Il veru montanum. — P. J. Cammidge. La prostatectomia nei diabetici.

Riv. Sanit. Sicil., 1 sett. — F. Speciale. Tentativi di produz. speriment. di tumori da catrame nella vaginale.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 25 ag. — F. Caccia. Ferite dei vasi sang. e loro esiti.

Minerva Med., 25 ag. — M. Bertolotti. Osteite fibrosa e osteite fibro-cistica. — A. Galuppi. Ematochimica dei calcolotici.

Münch. Med. Woch., 30 ag. — Merkel. Lo sviluppo della medicina legale nell'ultimo cinquantennio. — Edenhofer. Le morti da elettricità.

Mediz. Welt, 31 ag. — E. S. Flatau. La clinica della balbuzie. — H. W. Krauz. Azioni dei vari raggi della luce.

Deut. Med. Woch., 30 ag. — Richter. La pinguedine. — Strauss. Malattie epatiche e diabete. — Fahr. Ipertonia.

Mediz. Klinik, 30 ag. — W. Weigeldt. L'apoplessia come sintoma d'arteriosclerosi.

Clin. Chirurg., lug. — B. Rossi. L'evoluzione della chirurgia di guerra. — Austoni. Tumori a mieloplassi.

Tubercolosi, lug. — C. Luzzatto Fegiz. Processi atipici d'involuzione della tbc. polm.

Rev. Méd. de Chile, lug. — A. Lipschütz. La follicolina. — A. Garretón Silva e al. Arterite polmonare aneurismatica.

Riv. Ospedal., lug. — V. Cavalletti. La febbre eruttiva.

Wien. Klin. Woch., 29 ag. — Schur. Il problema della gastrite. — Greil. Patodinamica della tbc.

Journal A. M. A., 10 ag. — H. J. JOHN. Coma diabetico. — M. DOUGLASS. Diagnosi precoce della gravid. — J. B. HAWES 2d. — La dieta nella tubercolosi. — 17 ag. Numero sull'insegnamento.

Lancet, 31 ag. — Numero sull'insegnamento.

Ann. de Méd., lug. — A. DE KORANYI. Patologia funzionale e trattam. funzionale delle nefropatie. — L. BABONNEIX e J. SIGWALD. Paraplegia flaccida durante una cura antirabbica. — P. SAVY e H. THIERS. Il « divorzio » emo-rachideo.

Presse Méd., 28 ag. — L. LANGERON e al. La malattia di Banti. — P. PAGNIEZ. La vitamina A come agente anti-infettivo.

Riforma Med., 24 ag. — F. BELLELLI. Iperglicemia nei traumi della midolla encefalica. — O. BUSINCO. Gastro-enteropatie dei malarici cronici.

Bull. d. Sc. Med., mag.-giu. — M. NOVI. Colecistectomie. — P. MAINOLDI. Roentgenterapia postoperatoria del cancro del seno.

Ann. Ital. di Chir., ag. — V. SIMEONI. Riparazione delle ferite delle arterie sottoposte a simpatectomia. — A. G. CHIARIELLO. Le « aree di Gamna » e la splenomegalia siderotica.

Riv. di Neurol., apr. — C. RIZZO. Eunucoidismo tardivo dispituitarico.

Zbl. f. Chir., 31 ag. — Numero sulle narcosi da avertina.

Zeit. f. Tuberk., ag. — Resoconto della Conferenza tedesca sulla tbc.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., ag. — F. ROCCHI. Causa di errore nella ricerca del bacillo difterico. — G. V. SEGRE. Flora batterica vaginale nel decorso della gravidanza.

Arch. di Patol. e Cl. Med., lug. — P. CASTELLINO. Antagonismo e sinergismo neuro-vegetativo. — U. DE CASTRO. Prova van den Bergh. — L. PICCHINI. Poliorromenite subacuta e lenta.

Pediatria, 1 set. — F. MORABITO. Sindromi pineali nell'infanzia.

Rivista Ter. Mod. e Med. Prat., Milano, novembre 1929. — Lavori premiati al concorso « Rivendicazioni Scient. ital. ». — Iconografia Medica Italiana. — Notiziario.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI Roma, 16 Dicembre 1929 Num. 50

IL POLICLINICO

Per l'anno 1930.

Ai signori Medici Italiani,

Il “**POLICLINICO**„ *fu fondato nel 1893 sotto la direzione dei professori* BACCELLI *e* DURANTE *per accogliere i frutti dell'attività scientifica che si sarebbe svolta nel grande nuovo ospedale, sed eletta di tutte le cliniche universitarie della Capitale. Fu pertanto costituito con 2 fascicoli mensili di memorie originali, uno dedicato alle discipline mediche, uno alle discipline chirurgiche. Ogni fascicolo si chiudeva con sunti delle memorie più importanti pubblicate in Italia e fuori.*

L'esperienza d'un solo anno dimostrò l'opportunità di dare più ampio sviluppo alla rassegna del movimento scientifico-clinico mondiale: sorse quindi nel 1894, accanto ai due fascicoli per le memorie originali, costituenti il “**POLICLINICO**„, *il* **Supplemento**, *fascicolo separato settimanale destinato a sunti di memorie d'ogni campo della medicina e insieme a una rubrica per l'igiene e a notizie.*

Presto i fascicoli mensili si circoscrissero sempre più alla medicina generale e rispettivamente alla chirurgia generale, e accolsero lavori d'ogni scuola d'Italia: il **Supplemento** *aumentò notevolmente il numero delle pagine, servì per lavori originali brevi, s'arricchì di nuove rubriche per ottemperare le finalità cliniche e sociali dei pratici e per tutelarne gli interessi. Per questa sua organizzazione il* **Supplemento** *ebbe sviluppo nazionalistico e acquistò tale autorità ed importanza che il titolo pareva degregarlo e il giogo delle altre due sezioni riuscirgli duro.*

Nel 1902 il **Supplemento** *divenne autonomo.*

Il “**POLICLINICO**„ *fu allora nettamente distinto in 3 Sezioni, la* **medica** *e la* **chirurgica** *con fascicoli mensili di memorie originali, la* **pratica**, *settimanale, la quale s'ampliò ancora e si perfezionò per costituire un giornale a sè, il* **vero giornale del medico pratico italiano.**

Il carattere universale di Roma rese facile la nazionalizzazione del “**POLICLINICO**„, *che divenne palestra aperta a tutte le scuole italiane, anzi a tutti i medici italiani che avessero qualcosa di onesto e di serio da far conoscere, e sapessero esprimersi con chiarezza, semplicità e brevità. Nessun periodico italiano ha pubblicato e pubblica altrettanti lavori di medici liberi, a qualsiasi canto d'Italia appartengano, quanto il* “**POLICLINICO**„.

Non posò mai la redazione delle tre sezioni nel selezionare con rigore e con spirito liberale ogni articolo, nel sorvegliare le tendenze e le trasformazioni della clinica, delle condizioni economiche e sociali dei professionisti, per indirizzare e favorire quell'evoluzione che conveniva all'alto decoro del medico e insieme alla difesa degli interessi professionali di lui.

Il “**POLICLINICO**„ *a causa della solida sua organizzazione e con l'assiduo e vigile lavoro della redazione, secondata dall'amministrazione, ha superato i difficili tempi della guerra e del dopoguerra, mantenendo intatti il suo carattere, il suo prestigio, la sua diffusione; anzi meglio nelle difficoltà rafforzandosi e trovando la continuità d'indirizzo e la pienezza delle energie nel regime nuovo.*

Le sezioni mensili sono gli apprezzati archivi della evoluzione delle cliniche mediche e chirurgiche italiane.

Organicamente impostata in rubriche stabili, la Sezione Pratica concede al lettore di trovare rapidamente quanto gli interessa per la coltura, per la pratica, per i suoi bisogni od interessi professionali. Ogni numero non è una sequela inorganica di articoli, nè un'imbottitura delle note rubriche; ma costituisce un quid *organico ed armonico che il pratico attende ogni lunedì come la guida e il conforto della sua vita professionale. Non strombazzature, non frasi smaglianti nè roboanti aggettivi: obbiettività, indipendenza e sobrietà governano ogni rubrica.*

Nel progressivo adattamento alle esigenze dei tempi, le promesse sono state superate dai fatti.

Abbiamo dato quest'anno molte e utili riviste sintetiche, lezioni veramente cliniche, corrispondenze, numeri monografici.

Abbiamo in più ripresa la rubrica dell'Ufficiale Sanitario, che assisterà il medico nelle sue importanti funzioni sociali. Per i resoconti delle accademie e società mediche, che rispecchiano il movi-

mento quale anche nel nostro campo sta compiendo l'Italia rinnovata, esigeremo che siano freschi e sopratutto succinti, affinchè non rubino spazio alle altre rubriche.

L'Amministrazione, che spesso ha largheggiato in numero di pagine, promette per l'avvenire ancora più ampio sviluppo delle tre sezioni.

Nulla concedendo all'invadente **réclame**, *non patteggiando con chicchessia, mediante le sole nostre forze una tale vita con successo crescente abbiamo vissuto; la continueremo nel nuovo XXXVII anno con diritta coscienza e con fede calda d'italianità, confidando le sorti del* "**POLICLINICO**" *alla simpatia, alla fiducia e alla fedeltà dei nostri abbonati.*

LA REDAZIONE

Il **Policlinico**, *come nel passato, costituirà un organo di diffusione rapida dei progressi realizzati dalla medicina; sarà un repertorio di documenti scientifici e clinici; fornirà ai medici, in forma chiara e concisa, nozioni semplici di pratica quotidiana, nonchè notizie utili; provvederà a tutelarne ed a promuoverne gli interessi, a consigliarli, a indirizzarli.*

Nell'anno che volge, attraverso il sacrificio di alcune decine di migliaia di lire, *senza nulla chiedere agli abbonati, liberammo il giornale dalla confusione che derivava, agli indici, dalla numerazione delle pagine di pubblicità con quelle del testo. La spesa, in relazione all'ingente numero di copie del periodico, è stata notevolissima. Molti altri periodici hanno preferito di non seguirci e di risparmiare tale spesa, lasciando la numerazione confusa. Ma questa amministrazione non è pentita della sua decisione e non tornerà indietro.*

Tutti i caratteri tipografici sono stati rinnovati, così che il **Policlinico** *ha ora una fisionomia che lo rende assai più accetto.*

Nel corso del 1929 sono state offerte ai lettori diverse importanti Riviste sintetiche, che pel passato erano rare. E di recente è stata riattivata l'utilissima rubrica per l'Ufficiale sanitario, la cui funzione diviene sempre più importante nel campo dell'Igiene sociale e della Sanità pubblica.

La rubrica della Politica sanitaria e Giurisprudenza che, con opportune note chiarificative del collaboratore legale, tiene al corrente il lettore di tutte le disposizioni legislative emanate e delle norme dettate dalla Direzione di Sanità, verrà vieppiù nutrita; al tempo stesso gli abbonati potranno avere dal redattore medesimo sollecita risposta privata ai quesiti professionali che possono affacciarsi nello svolgimento del loro esercizio.

Col nuovo anno si accrescerà ancora l'efficienza del **Policlinico**, *il quale diverrà sempre più organico e ricco e sempre più indispensabile ai medici italiani.*

Il **Policlinico** *vuol essere il riflesso della forza magnifica d'espansione che caratterizza la medicina odierna. L'immenso movimento mondiale della scienza medica non aveva mai assunto l'ampiezza attuale. Nei congressi, nelle società scientifiche, nei periodici, nei libri pubblicati ogni anno, si constata un ardore di lavoro che non ha riscontro nel passato. Si è quindi accresciuta la difficoltà di assegnare un posto proporzionato a ciascuna delle nostre rubriche. Sotto la spinta costante della copiosa quantità di materiale da accasellare, alcune rubriche venivano ad essere soffocate; molto materiale non trovava posto sollecito. Una soluzione s'imponeva ed è stata adottata. Per rispondere alle nuove esigenze e adattarsi alle necessità crescenti ed ai bisogni dei collaboratori e abbonati, l'amministrazione aumenterà il numero delle pagine.*

A partire dal 1° gennaio prossimo, ogni numero della Sezione pratica (settimanale) consterà di 40 pagine invece di 32; anzi, saranno elevate a 44 od a 48 ogni volta che la Redazione lo stimerà necessario. I medici verranno tenuti più rapidamente al corrente di ciò che di notevole si pubblica ed ha luogo in ogni parte del mondo. I resoconti delle Società scientifiche, opportunamente contenuti, troveranno posto più rapido ed adeguato. Con maggiore liberalità che pel passato si ospiteranno i contributi originali dei medici.

Anche la carta verrà gradualmente migliorata, per quanto non sia certo la carta di lusso a conferire maggior valore al contenuto del periodico.

Tutto ciò porterà, ancora, nuovi oneri all'amministrazione, non escluso quello della maggior tariffa postale derivante dal cresciuto peso dei fascicoli. Malgrado tutto, il prezzo d'abbonamento rimane fermo, il che costituisce un vero tour de force *per l'amministrazione, la quale mira precipuamente allo scopo di rendere il* **Policlinico** *sempre più utile, nell'interesse dei lettori.*

Abbiamo ferma fiducia che i miglioramenti già introdotti e quelli in corso d'attuazione verranno apprezzati dagli abbonati e dai collaboratori.

Il successo crescente del periodico ne è la migliore garanzia e costituisce, al tempo stesso, la più ambita ricompensa al nostro lavoro e il migliore stimolo a progredire. L' EDITORE.

Roma, 16 dicembre 1929.

ABBONAMENTI ANNUI AL « POLICLINICO » PER IL 1930:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 65	L. 105	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile)	L. 45	L. 55	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 45	L. 55	(4) Alle tre sezioni (pratica medica e chirurgica)	L. 120	L. 180

N. B. - Intestare i Vaglia Postali o gli assegni Bancari (questi debbono essere riscuotibili in Roma) all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - ROMA
Però i Vaglia Postali debbono essere fatti pagabili nell'Ufficio Succursale 18 (diciotto), Roma.

Per gli abbonamenti alle nostre Riviste di branche speciali cumulativi con il « POLICLINICO », vedere alla pagina seguente.

Comunicato dell'Amministrazione.

Tutti gli associati che invieranno subito l'intero importo del proprio abbonamento pel 1930, potranno, coll'aggiunta di sole . . . . Lire 20

ricevere PRONTAMENTE UNO dei due volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*):

a) **DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE.** (Prof. C. Basile). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli . . . . . prezzo di copertina L. 33.—

b) **LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA.** *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. Bilancioni). Prefazione del Prof. S. De Sanctis. » » » 35.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 10

ricevere, a loro scelta, UNO dei sette volumi indicati qui sotto alle lettere *c*), *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*):

c) **L'INSUFFICIENZA DEL CUORE** *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. Periti). Prefazione del Prof. L. Siciliano . . . . prezzo di copertina L. 22.—

d) **CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. Maestrini). Prefazione del Prof. S. Baglioni . . . . . » » » 20.—

e) **MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. Rossi). Prefazione del Prof. Luigi Lucatello . . . . . » » » 15.—

f) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. Sacconaghi) . . . . . » » » 20.—

g) **LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche.** (Prof. E. Trenti). Prefazione del Prof. Vittorio Ascoli. » » » 28.—

h) **RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. Cappelli). Prefazione del Prof. F. Ghilarducci . . . . . » » » 18.—

i) **I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. Romagna Manoia). Prefazione del Prof. G. Mingazzini . . . . . » » » 18.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO dei nove volumi indicati qui sotto alle lettere *j*), *k*), *l*), *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*):

j) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. Vittorio Ghiron) . . . . . prezzo di copertina L. 14.—

k) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. Travagli) . . . . . » » » 12.—

l) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. Ciampolini). Prefazione del Prof. Cesare Biondi . . . . . » » » 12.—

m) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. Stanganelli) . . . . . » » » 12.—

n) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. Capogrossi) . . . . » » » 10.—

o) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. A. Sclavo . . . . » » » 12.—

p) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott. F. Bocchetti). Prefazione del Prof. Sen. G. Sanarelli . . . . . » » » 10.—

q) **TUBERCOLOSI E SANATORI. Trattamento igienico-dietetico.** (Prof. G. Mendes). Prefazione del Prof. Sen. A. Lustig . . . . . » » » 10.—

r) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. Alberto Vigo: *doctor Justitia*) . . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *s*), *t*), *u*), *v*):

s) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. Cignozzi) . . . . . prezzo di copertina L. 12.50

t) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. Travagli) . . » » » 10.—

u) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. Lorenzini). Prefazione di Charles Richet . . . . . » » » 10.—

v) **DEI MEDICI FUTURI.** (Augusto Murri) . . . . . » » » 8.—

e coll'aggiunta di sole . . . . . . Lire 3

ricevere: UNO dei due volumi indicati qui sotto alle lettere *x*), *y*):

x) **LA BLENORRAGIA E LE SUE DANNOSE CONSEGUENZE PER L'INDIVIDUO, LA FAMIGLIA E LA SOCIETÀ.** (Prof. L. Morini) . . . . . prezzo di copertina L. 5.50

y) **L'INTOSSICAZIONE GRAVIDICA NELLA SUA GENESI E NELLE SUE FORME CLINICHE.** *Lezioni.* (Prof. E Alfieri) . . . . . » » » 8.—

N.B. ☛ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresce il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 o di Lire 3 ciascuna.*

☛ *Intestare i Vaglia Postali al nome dell'editore LUIGI POZZI. ROMA, Succursale postale diciotto, ROMA.*

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA

concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO,, per l'anno 1930.

Sommari dei Numeri usciti nel corrente mese:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI
Redattore-capo: prof. **CESARE PEZZI**

Il Numero 12 (Dicembre 1929) contiene:

Lavori originali: G. VOLPATO: L'importanza del ritmo per il circolo periferico. (Le arterie nelle aritmie cardiache). — E. BRUNO: Tachicardia sinusale accessionale.

Rassegne, Riviste e Congressi: **Fisiopatologia**: A. STANLEY GRANGER: La concezione attuale della ipertensione essenziale. — L. BINET e P. BOUTHILLIER: La portata cardiaca. Sua misura nell'uomo col metodo del cloruro d'etile. — **Clinica**: FLEIKART STUMPL: La cinematografia del cuore e la sua importanza per la diagnosi. — G. DOMINICI e A. FERRERO: Per la diagnosi di persistenza del dotto arterioso di Botallo. — TH. FAHR: La questione dell'ipertonia. — L. GRAVIER: Miocardite subacuta sifilitica. — A. DUMAS: L'albuminuria tardiva nel decorso dell'ipertensione solitaria. — GALLAVARDIN e P. VEIL: Extrasistolia ventricolare con salve tachicardiche e accidenti vertiginosi. — CLOUGH TURRIL BURNETT e G. F. PILTZ: L'elettrocardiogramma nelle infezioni acute. — MOSLER: Il significato clinico dell'elettrocardiogramma nel ritmo normale del cuore. — **Terapia**: E. FROMMEL: Farmacologia odierna della digitale. — Congresso Francese di Medicina Interna a Montpellier.

Notizie bibliografiche: Rendiconto della Società tedesca per lo studio della circolazione. — W. C. AALSMEER e K. F. WENCKEBACH: Cuore e circolazione nel Beri-Beri.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.** Un numero separato L. **6**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.**

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 12 (Dicembre 1929) contiene:

Anatomia: G. MERELLI: Su di una interessante particolarità anatomica dello scheletro del turbinato inferiore umano.

Anatomia patologica: L. PIETRANTONI: Due casi di frattura della capsula labirintica.

Raccolta di fatti: O. ANGELELLI: Un caso di lipoma della lingua. — B. SIMONETTA: Sarcoma polimorfo della mastoide con decorso anomalo.

Ricerche di laboratorio: S. TRAINA: Modificazioni del respiro nell'intossicazione difterica acuta sperimentale.

Recensioni: Perisinusite. Tromboflebite parietale. Labirintite da mastoidite acuta. — Ricerche sperimentali sulla influenza della ghiandola timo nei riguardi della piastrinogenesi. — Mieloma con prevalenza delle cellule eosinofile circoscritte all'osso frontale, in una giovane di 15 anni. — Sulla permeabilità delle mucose al B. tbc. in rapporto colle vie di penetrazione e di diffusione del germe. — La tubercolosi muscolare. — Gengiviti croniche iperplastiche. — Contributo clinico e operatorio alla cura delle fratture della mandibola mediante il così detto blocco delle mascelle. — Su di un caso di xerostomia. — Sui corpi estranei del canale respiratorio. — Su alcuni postumi nervosi conseguenti a forme faringee.

La nota storica: G. MAZZINI: Battista Codronchi e il suo « De vitiis vocis ».

Notizie e questioni.

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.** Un numero separato L. **6**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.**

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 12 (Dicembre 1929) contiene:

Lavori originali: P. MANDRUZZATO: Considerazioni su di un caso di eclampsia senza accessi.

Fatti e documenti: U. LA MONICA: Corpi estranei nell'utero. — O. TENANI: Interruzione artificiale della gravidanza e sterilizzazione contemporanea.

La rubrica degli errori: M. NOÈ: Fattori endocrini e gravidanza immaginaria.

La rubrica medico-legale: P. GAIFAMI: Il consulto medico obbligatorio prima di provocare un aborto.

Terapia: F. D'ERCHIA: Cure fisiche ed operazione di Wertheim con allacciatura delle arterie iliache interne nel carcinoma del collo dell'utero.

Commenti: S. MARTINES: Funzione endocrina e funzione nutritiva della recidua.

Dalle riviste: **Ostetricia**: La funzione della cistifellea durante la gravidanza e il puerperio. — Sulla misurazione radiologica della testa fetale all'ingresso del bacino. — Operazione conservativa nella rottura dell'utero. — Gravidanza successiva alla dimostrazione con l'isterosalpingografia della occlusione delle trombe. — Un caso di aborto da calci sull'addome. — Il taglio cesareo in donna moribonda. — Sulla infiammazione della placenta e sulla sepsi fetale. — **Ginecologia**: L'incompleta desquamazione della mucosa uterina nella mestruazione come causa di menorragie. — Tumori misti dell'utero e della vagina. — Emorragie della menopausa e disturbi circolatori. — Esame radiologico del tubo digerente combinato ad isterosalpingografia. — Pinza iniettatrice di lipiodol per l'esplorazione radiologica dell'utero e delle trombe. — La radioterapia nel cancro dell'ovaio. — Un caso di utero bicorne con spina bifida della V lombare. — La radioterapia del cancro del collo dell'utero. — Salpingostomia e sondaggio della tromba pel trattamento della sterilità. — La terapia delle retrodeviazioni uterine. — La nocività della pilocarpina nella anuria postoperatoria e postpartum. — **Pediatria**: Ittero famigliare e idrope congenito universale nel feto. — Alimentazione della nutrice e secrezione lattea. — Le variazioni del tasso delle proteine del siero di sangue dei lattanti eczematosi. — Gli aminoacidi nel sangue dei lattanti durante il periodo digestivo. — Dosaggio del vigantolo. — Etiologia dello stridore congenito. — Le sale di degenza per neonati. — **Note di biologia**: La bilirubinemia nella gravida. — L'amilase dell'urina quale diagnostico precoce di gravidanza.

I libri. — **Notizie.**

Abbonamento pel 1930: Italia L. **40**; Estero L. **60.** Un numero separato L. **6**; Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50.**

☛ Periodico indispensabile per tutti i Medici:

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione

DIRETTORI: On. dr. **Aristide Carapelle**, Consigliere di Stato — Avv. **Giovanni Selvaggi**, esercente in Cassazione.
EDITORI: **Fratelli Pozzi** — Roma.

Il Numero 11 (Novembre 1929) contiene:

L'assistenza ospedaliera.

Note sintetiche: Il riconoscimento della qualifica di specialista.

Rassegna di giurisprudenza: Provvedimenti del Podestà; approvazione prefettizia; rimedi giuridici. — Aiuto ed assistente di Università: norme transitorie. — Concorso ospedaliero; nomina non accettata; facoltà di nomina di altri concorrenti idonei; limiti. — Concorso per la nomina dell'ufficiale sanitario consorziale; disposizioni transitorie. — Capitolato-tipo: efficacia. — Biennio di prova: decorrenza; licenziamento; motivazione. — Deliberazione della G. P. A. concernente rilascio di certificati. — Riduzioni di condotte mediche; licenziamento; limiti. — Provvedimenti negativi; rimedi giuridici; decorrenza dei termini. — Comproprietà di farmacia: successione. — Ricovero di urgenza: imminenza del parto. — Concorso; Ufficiale sanitario; Consorzio.

Leggi e Atti del Governo: Disposizioni per il riconoscimento della qualifica dello specialista. — Regolamento per l'apertura di farmacie ospedaliere. — Regolamento sanitario per l'Azienda termale di Salsomaggiore. — Infermiere professionali: registrazione dei diplomi. — Profilassi delle malattie veneree. — Riduzioni ferroviarie a favore di infermi tubercolosi. — Meretricio clandestino: tessera sanitaria. — Denominazione degli « Ospedali per tubercolosi ». — Migliorie igieniche negli alberghi.

Bibliografia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia **L. 36; Per gli assoc. al Policlinico L. 30; Un num. sep. L. 5.**

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario al Signor LUIGI POZZI, Via Sistina, 14 - ROMA.

Per gli abbonamenti cumulativi con altre Riviste speciali, vedere all'ultima pagina del presente fascicolo

ANNO XXXVI — Roma, 16 Dicembre 1929 — Num. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA.

Il liquido cefalo-rachidiano.

Prof. DOMENICO PISANI,
assistente nella R. Clinica Neuropsichiatrica
della R. Università di Roma.

L'esame del liquido cefalo-rachidiano rappresenta un'indagine indispensabile nella diagnostica delle malattie del sistema nervoso. Lo scopo di questo breve lavoro (1) è di mettere in rilievo l'importanza diagnostica degli innumerevoli elementi che da esso si ricavano, e di sintetizzare tra le sindromi umorali delle varie neuro-psicopatie quelle, che hanno un sicuro valore pratico.

Per poter trarre dall'esame del liquido cefalo-rachidiano dati utilizzabili nella diagnostica è necessario ricercare le alterazioni della pressione del *liquor*, dell'aspetto, del colore, dei cloruri, del glucosio, dell'albumina totale, delle globuline, delle cellule, ed eseguire inoltre le reazioni colloidali e la R. W. Si intende, che quando si hanno a disposizione delle scarse quantità di *liquor*, bisogna eseguire quelle ricerche, diverse da caso a caso, che possono essere utili al quesito diagnostico. Esponendo le sindromi umorali, noi indicheremo perciò, quando è necessario, quali sono le ricerche indispensabili da seguire.

Il primo elemento, ch'è necessario valutare, è la *pressione* del *liquor*, che bisogna misurare esattamente con un manometro. Noi adoperiamo il manometro aneroide del Claude, col quale, in decubito laterale la pressione iniziale è di 15-20 cm. di H_2O; in posizione seduta di 30-40. Non si insisterà mai abbastanza sulla necessità di usare un manometro ogni qualvolta si esegua la rachicentesi, non solo perchè è l'unico mezzo per avere un'indicazione precisa sulla pressione del *liquor*, l'antico metodo del conteggio delle gocce che fuoriescono dall'ago in un minuto è infatti erroneo, ma anche perchè la conoscenza della pressione e delle modificazioni, che subisce durante la estrazione del *liquor*, è indispensabile per fornire al medico elementi preziosi sulla quantità di *liquor*, che si deve estrarre, onde evitare l'insorgenza di disturbi postpuntori e di più gravi danni quali un'amaurosi improvvisa e perfino, in casi eccezionali, la morte del paziente. Per ben valutare la pressione è bene mettere, quando è possibile, gli ammalati in decubito laterale e tener presente che gli stati emotivi, le contrazioni dei muscoli, sopratutto della parete addominale, i movimenti del capo, ecc., influenzano fortemente la pressio-

(1) Vedere per maggiori dettagli: G. FUMAROLA: *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso. Cervello*, cap. XIV.

ne: è opportuno, quindi, aspettare che l'ammalato si tranquillizzi, se è emozionato, rilasci i muscoli, se è contratto, prima di utilizzare i dati del manometro. È opportuno, inoltre, osservare le modificazioni della pressione in rapporto con la compressione delle giugulari (prova di Queckenstedt) in modo da esser sicuri che non sia ostruita la comunicazione fra gli spazi sottoaracnoidei e i ventricoli cerebrali: comprimendo le giugulari, infatti, se vi è blocco, la pressione rimane immutata, mentre aumenta subito se al contrario le comunicazioni ventriculo-subaracnoidali sono pervie. L'aumento di pressione può trovarsi nelle emorragie del nevrasse e delle meningi, nelle meningiti acute, nei semplici stati congestivi delle meningi, quali si hanno nel decorso di infezioni e di intossicazioni generali, nella neurosifilide, nell'idrocefalo, ecc. Le ipertensioni più gravi si hanno nei tumori cerebrali, ove si può vedere la lancetta indicatrice del manometro sorpassare rapidamente il valore massimo. Diverse volte in pazienti inviatici con diagnosi di paralisi progressiva o di altra neuropsicopatia, questo solo dato di una pressione altissima ci ha permesso immediatamente di sospettare un tumore cerebrale. Oltre la pressione iniziale si deve misurare la pressione finale e tener conto preciso della quantità di *liquor* che si è estratta. Secondo le ricerche del nostro Ayala si possono trarre dall'elaborazione di questi dati elementi utili per la diagnosi differenziale fra *tumor cerebri* e meningite sierosa. Se si indica con I la pressione iniziale, con F la finale e con Q la quantità di *liquor* estratto, e si calcola secondo la seguente formula: $\frac{Q \times F}{I} = Q.\ R.$ si ha un « quoziente rachidiano » (Q. R.), che risulta relativamente basso nei tumori cerebrali (2,25-4,55) mentre è alto — più del doppio del precedente — nelle meningiti sierose. Questo criterio ha notevole valore diagnostico ma, come avverte lo stesso Ayala, « non ha niente di matematico e di assoluto » ed è utilizzabile quando è associato, come vedremo in seguito, ad altri elementi.

L'*aspetto* del *liquor* chiaro, incolore, trasparente può mutarsi, specie nelle flogosi meningee acute, quando può divenire più o meno torbido o purulento, di colore grigio-giallastro. Il *liquor* può essere di colore sanguigno: questa colorazione si ha quando si è prodotta di recente la rottura di un'arteria cerebrale o midollare. Non bisogna confondere, si intende, un'emorragia provocata dalla puntura accidentale di un vaso avvenuta durante l'introduzione dell'ago con una emorragia patologica. In pratica si usa, nei casi in cui il *liquor* è mescolato a sangue, di raccogliere il liquido in due, tre o più provette: se il *liquor* presenta in tutti i tubi una colorazione eguale si può concludere per una emorragia patologica, se invece una colorazione diseguale, per una ferita di un vaso durante la rachicentesi. Nelle emorragie delle meningi e del nevrasse non recenti si ha *liquor* color giallo-rosa, giallo-oro, giallo-ambra, giallo-verdastro: questa xantocromia si ha anche in tutti i casi in cui vi sono state piccole emorragie meningee (meningiti tubercolari, tumori cerebrali, ecc.) ed in tutti i casi in cui sono passati per disturbi di circolo, attraverso i vasi alterati, siero sanguigno ed elementi cellulari del sangue nella cavità rachidiana (compressioni del midollo spinale). Questa colorazione gialla del *liquor* è stata notata anche nell'itterizia: in questo caso sarebbe dovuta al passaggio nel *liquor* di pigmenti biliari.

Anche la determinazione del tasso dei *cloruri* ha notevole importanza: in tutti i processi flogistici delle meningi vi è infatti costante diminuzione, tanto che dal tasso normale di gr. 7-7,30 si può scendere al disotto di gr. 5 ‰.

Non deve poi mai trascurarsi la ricerca del *glucosio*, il cui tasso normale è in media di gr. 0,50 ‰. Il glucosio rachidiano diminuisce notevolmente nelle meningiti acute. Nelle meningiti cerebro-spinali da meningococco, in special modo, fin dai primi giorni dell'infezione, il glucosio diminuisce fino a scomparire successivamente del tutto. L'iperglicorachia è in questi casi proporzionale alla gravità dell'infezione microbica. Il tasso del glucosio rachidiano è quindi un elemento prognostico importante, perchè dalle oscillazioni che esso subisce — persistenza o accentuazione dell'ipoglicorachia, ritorno del glucosio rachidiano al tasso normale — si può dedurre del decorso favorevole o sfavorevole di un processo di meningite cerebro-spinale meningococcica. La determinazione del tasso del glucosio rachidiano è di importanza decisiva nella diagnosi differenziale fra meningiti e stati meningei asettici, in cui, anche se il *liquor* è purulento il glucosio è normale o è perfino aumentato. Nelle flogosi croniche delle meningi il glucosio rachidiano è solo lievemente diminuito e può essere anche normale. Vi è invece iperglicorachia nei tumori cerebrali, nelle intossicazioni, nelle malattie infettive acute, nel diabete, nelle emorragie cerebrali, nella encefalite epidemica. Grande importanza ha la determinazione delle *sostanze proteiche* del *liquor*: in pratica si ricerca l'aumento dell'albumina totale e delle globuline. L'albumina totale, con i comuni mezzi di ricerca, quali la provetta di Nissl, il rachialbuminometro di Sicard, di Ravaut, ecc., si deve considerare aumentata quando è al disopra di gr. 0.30 ‰. Un'iperalbuminosi sta sempre ad indicare una lesione del sistema nervoso; l'opposto non può invece affermarsi, perchè vi possono essere anche gravi neuropsicopatie (paralisi progressiva, tumori cerebrali, sclerosi a piastre, ecc.) senza che nel *liquor* si noti aumento dell'albumina to-

tale. Le quantità più alte di albumina totale si riscontrano nelle sindromi di compressione del midollo spinale, dove si possono avere fino a 20-30 e più grammi per mille. Nelle meningiti acute le cifre più alte si hanno nella meningite cerebro-spinale epidemica, le più basse nella meningite sierosa. Del resto l'iperalbuminosi oscilla entro limiti ampi nelle varie fasi di uno stesso processo morboso. Di maggiore importanza è la determinazione dell'aumento delle globuline, indice sempre di alterazione del sistema nervoso. Tra le innumerevoli reazioni, che esistono per la valutazione dell'iperglobulinosi, bisogna utilizzare sopratutto la reazione di Pandy, la fase I della reazione di Nonne e la reazione di Weichbrodt. Le prime due reazioni danno in genere risultati univoci; solo è da notare che la reazione di Pandy, per la sua fine sensibilità, può a volte essere l'unica reazione, che riveli una lieve iperglobulinosi. La reazione di Weichbrodt si distacca nettamente dalle prime due reazioni, perchè essa è spesso negativa o solo lievemente positiva in molti processi morbosi in cui le altre due reazioni sono fortemente positive (meningiti tubercolari, compressioni del midollo spinale, ecc.) mentre è costantemente positiva ed in genere più fortemente della fase I della reazione di Nonne, nella paralisi progressiva, ove con essa a volte si ha flocculazione immediata delle sostanze proteiche.

Fra i metodi d'indagine più fini, che non si possono però trascurare oggi nell'esaminare un *liquor*, dobbiamo porre le reazioni colloidali. Alcune di esse, quali la reazione del mastice di Emmanuel, la reazione del benzoino di Guillain, Loroche e Lechelle, la reazione della paraffina di Kafka, la reazione della colofonia da noi recentemente proposta, ed altre, sono, per la semplicità della loro tecnica, alla portata di ogni medico, che deve quindi saper utilizzarne i risultati. Vediamo quali sono i risultati, che si ottengono con le tre reazioni più diffuse nella pratica, con le reazioni cioè dell'oro, della gomma mastice e del benzoino colloidale. Secondo la situazione del massimo di precipitazione delle micelle di oro colloidale si hanno le diverse curve. Le principali, secondo Lange, sono:

1) curva con massimo di precipitazione nelle diluizioni minime o *curva tipo paralitico* (1:10-1:80);

2) curva con massimo di precipitazione nelle diluizioni medie o *curva tipo luetico* (1:40-1:60);

3) curva con massimo di precipitazione nelle diluizioni massime o *curva tipo meningitico* (1:320-1:10.000).

Ed ecco altri tipi di curva dati come tipici da diversi autori (Eskuchen, Fontecilla, Sepulveda): sifilide meningea poco intensa 1:40-1:80, violetto: 002200000000; tabe dorsale 1:40-1:80, bianco bluastro: 004444000000; sifilide cerebro-spinale immediatamente 1:40-1:80, bianco bluastro: 004444400000, dopo mezz'ora 1:10-1:160, bianco bluastro: 444440000000; paralisi progressiva 1:10-1:640, bianco: 555555500000; meningite purulenta 1:640-1:1280, bianco bluastro: 000000440000; meningite tubercolare 1:320-1:640; violetto: 000004400000; emorragie 1:640-1:1280, violetto: 000000220000.

Con la reazione del mastice si hanno risultati diversi, secondo il metodo che si adopera per eseguire la reazione. Riassumo i risultati che si ottengono col metodo Goebel, che è il più semplice ed è ormai molto diffuso. Le curve, caratterizzate sempre dal massimo di flocculazione, sono, secondo il Goebel, le seguenti: *a)* curva tipo paralitico con massimo di precipitazione nella prima diluizione di sinistra (1:2); *b)* curva tipo tabetico con massimo di precipitazione nella seconda diluizione di sinistra (1:4); *c)* curva tipo luetico con massimo di precipitazione nella terza diluizione di sinistra (1:8). Nella tabe-paralisi si avrebbe, secondo l'A., una precipitazione massima nella seconda provetta (1:4) ed una minore nella prima (1:2). Nelle neuropatie organiche non luetiche con reazione del mastice positiva (meningiti tubercolari, tumori del cervello, compressioni del midollo spinale, ecc.) noi, con questo metodo, abbiamo ottenuto (1923) in genere un tipo di curva caratterizzato dal massimo di flocculazione nelle diluizioni mediane (1:8, 1:16, 1:32); eccezionalmente si possono ottenere curve tipo tabetico o paralitico. Bisogna mettere in rilievo che nella sclerosi a piastre e nell'encefalite epidemica, quando il *liquor* dà reazione del mastice positiva, le curve sono caratterizzate da un massimo di precipitazione nella zona luetica, in genere nella prima diluizione (tipo paralitico).

Con la reazione del benzoino colloidale i liquidi cefalo-rachidiani dei neuroluetici danno flocculazione totale (reazione positiva) o parziale (reazione subpositiva) o assenza di flocculazione (reazione negativa) nelle prime cinque provette, che costituiscono la *zona sifilitica* della reazione. Nelle neuropatie non luetiche la reazione del benzoino colloidale è in genere negativa: nei casi in cui è positiva (meningiti tubercolari, tumori cerebrali, ecc.) si ha precipitazione nelle diluizioni del *liquor* a destra, nella *zona meningitica*. Il *liquor* della sclerosi a piastre dà curve caratterizzate da precipitazione nella zona sifilitica.

Riguardo al valore diagnostico di queste reazioni noi possiamo ripetere, anche adesso che abbiamo applicato queste reazioni su oltre cinquemila liquidi cefalo-rachidiani, quello che abbiamo scritto nel 1923, e che del resto è stato successivamente sostenuto da numerosi autori compreso il Goebel. Le reazioni colloidali non sono da ritenersi specifiche: esse danno delle curve più o meno costanti nelle diverse neuropsicopatie anche non luetiche. Nelle neuropatie luetiche le reazioni colloidali

sono di una fine sensibilità e possono essere positive anche in casi di lesioni limitate ed iniziali, quando la R. W. è negativa, da ciò risulta che la negatività delle reazioni colloidali ha maggior valore della negatività della R. W. per escludere una neuropatia luetica. Nella paralisi progressiva le reazioni colloidali sono sempre positive e danno una curva tipica e costante, mentre nella tabe e nella sifilide cerebro-spinale le curve sono molto meno costanti. In complesso si può affermare che le reazioni colloidali per la loro sensibilità apportano spesso una conferma alla diagnosi di forme iniziali o limitate di neurosifilide; con le curve — fattore qualitativo — più o meno costanti, che esse danno nelle diverse forme di lues nervosa, permettono a volte, specie nelle forme incipienti di paralisi progressiva, di avere elementi preziosi per una rapida diagnosi differenziale; con la vastità e con la intensità — fattore quantitativo — delle precipitazioni, offrono elementi per meglio valutare la intensità e la vastità dei processi morbosi; e per la persistenza della loro positività, anche quando le altre alterazioni del *liquor* sono scomparse, consentono, infine, di avere criteri terapeutici e prognostici più attendibili. Anche nelle neuropatie non luetiche queste reazioni hanno notevole importanza: basti accennare alla sclerosi a piastre, che ha una sindrome umorale caratterizzata appunto dalla positività delle reazioni colloidali nella zona luetica e della negatività della R. W.

L'esame *citologico* ci apporta quasi costantemente elementi utili alla diagnosi. Una quantità normale di cellule — al massimo un elemento per mm. cubo colla cellula di Nageotte — non esclude, s'intende, che il sistema nervoso sia colpito da un processo patologico: in molti casi, infatti, di arteriosclerosi cerebrale, di alcoolismo cronico, di sclerosi a piastre, di meningite sierosa, di tumore cerebrale, ecc., si può non riscontrare ipercitosi. D'altra parte un'intensa ipercitosi transitoria si può avere anche quando non vi è alcun sintoma clinico, che indichi una lesione del sistema nervoso: è noto che durante il periodo secondario dell'infezione luetica l'ipercitosi — a volte intensissima (oltre 150 elementi per mmc.) — si può osservare in un'alta percentuale dei casi. Ad ogni modo, l'ipercitosi è costante in quasi tutte le neuropatie organiche. È necessario eseguire, oltre il conteggio delle cellule (camera di Nageotte, di Fuchs-Rosenthal, ecc.), anche, dopo aver centrifugato il *liquor* e colorato il deposito di centrifugazione lo studio dei singoli elementi cellulari, per stabilire la formula leucocitaria e la vitalità dei singoli elementi. Una linfocitosi abbondante si trova quasi costantemente nella paralisi progressiva e nella sifilide cerebro-spinale (specie nelle meningo-encefaliti), con minore frequenza nella tabe. Si ha poi intensa linfocitosi nella meningite tubercolare, nell'encefalite epidemica, in alcuni tumori, sopratutto della base; modica linfocitosi nella sclerosi a piastre, in molti tumori cerebrali, nella meningite saturnina, in quasi tutte le infezioni ed intossicazioni generali, ecc. Si nota invece polinucleosi, più o meno predominante, nelle flogosi acutissime delle meningi (meningiti da meningococco, da streptococco, ecc.), in alcuni ascessi cerebrali. Nei processi flogistici acuti e subacuti delle meningi si notano frequentemente mononucleati, che a volte possono predominare. Si è detto ch'è opportuno indagare anche la vitalità degli elementi cellulari: l'integrità delle cellule è sufficiente, ad es., a farci escludere un'infezione meningea grave. Non si deve trascurare il fatto che all'esame microscopico possono raramente trovarsi degli elementi che hanno un eccezionale valore diagnostico: furono, infatti, in casi di sarcomi del cervello e di meningiti carcinomatose, trovate nel *liquor* cellule neoplastiche, in casi di cisticercosi cerebrale cisti ed uncini.

Poche parole sulla *reazione di Wassermann nel liquor*, che col metodo delle dosi crescenti (Hauptmann, Hoessli) è divenuta molto sensibile e di somma utilità per rivelare, se positiva, un processo di neurosifilide. Le reazioni di Wassermann positive aspecifiche (emorragie meningee, tumori cerebrali, cisticercosi cerebrale, ecc.) sono così rare, che nulla tolgono all'importanza pratica della reazione. Mi basti accennare alla importanza che hanno le *ricerche batteriologiche*, sopratutto per la diagnosi delle meningiti infettive, e altre ricerche, come ad esempio la ricerca dell'acetone, dell'alcool, ecc. che in alcuni casi speciali devono essere eseguite.

Sono sufficienti questi brevi cenni sulle principali indagini, che si eseguono comunemente sul *liquor*, per indicare il grande valore che esse hanno nella diagnostica delle malattie del sistema nervoso.

Abbiamo visto come gli elementi del *liquor* possano presentarsi alterati isolatamente; da qui scaturisce la necessità di non trascurare le principali indagini, perchè altrimenti possono venire a mancare dati di somma utilità diagnostica. L'esame completo ci apporta anche la possibilità di tener conto dei rapporti, che assumono tra loro i singoli componenti del *liquor* ed il modo come essi si modificano nelle diverse neuropsicopatie, ci permette cioè di avere delle *sindromi umorali* più o meno costanti e differenziate. Si è accennato alla dissociazione tra la reazione di Wassermann negativa e le reazioni colloidali positive nella zona luetica come elemento caratteristico della sindrome umorale della sclerosi a piastre. Dobbiamo ancora accennare brevemente ad alcune delle più importanti dissociazioni tra gli elementi del *liquor*: alla dissociazione cioè, albumino-citologica ed a quella albumino-colloi-

dale, perchè hanno uno speciale valore e caratterizzano alcune fra le principali sindromi umorali.

La dissociazione albumino-citologica è caratteristica della sindrome umorale delle compressioni del midollo spinale, da qualunque causa esse siano prodotte. Questa dissociazione si può inoltre trovare nelle compressioni dell'encefalo, in quelle radicolari ed eccezionalmente nelle emorragie cerebrali e nelle mieliti acute senza ipercitosi.

Non meno importante è la *dissociazione albumino-colloidale*, che noi abbiamo potuto osservare paragonando la intensità di precipitazione della reazione del mastice e delle altre reazioni colloidali con l'aumento dell'albumina del *liquor*. Nelle neuropatie non luetiche con *liquor* alterato si ha in genere alterazione, a volte intensa, dell'albumina ed in genere negatività o scarsa positività delle reazioni colloidali; nelle neuropatie luetiche si ha invece intensa positività delle reazioni colloidali con scarsa o, a volte, assente alterazione dell'albumina. Vi è però un gruppo di malattie (sclerosi a piastre, encefalite epidemica, poliomielite anteriore acuta, ecc.) che in genere si comportano, riguardo al fenomeno di dissociazione albumino-colloidale, come le neuropatie luetiche. Recentemente abbiamo osservato una tipica dissociazione albumino-colloidale anche in un neoplasma del lobo frontale.

I dati suesposti, per quanto necessariamente brevi, ci permettono di esporre, in rapida sintesi, tra le varie sindromi umorali, quelle che hanno acquistato un sicuro valore diagnostico.

Meningiti. Nelle *meningiti acute* le alterazioni del *liquor* variano secondo la natura, la intensità e l'estensione del processo flogistico. Si distingue una sindrome umorale dello stadio congestivo ed una dello stadio essudativo delle meningi.

Congestione meningea. Il *liquor* è di aspetto limpido, incolore. Pressione aumentata. Cloruri: normali o lievemente diminuiti. Glucosio: lievi oscillazioni del tasso normale. Albumina totale: in genere lieve aumento. Globuline: in genere normali. Reazioni colloidali: quasi sempre negative. Cellule: quasi sempre ipercitosi, in genere prevalgono i linfociti; si può però notare anche aumento di grossi mononucleati e dei polinucleati. Indagini batteriologiche: generalmente assenza di germi. Queste alterazioni tendono ad attenuarsi se il processo tende alla guarigione, peggiorano se tende all'aggravamento. In quest'ultimo caso si ha la sindrome umorale delle *meningiti acute essudative*. Il *liquor* è di aspetto torbido e purulento, a volte è limpido, perchè il pus per la sua compattezza non si mescola al *liquor*. Colore: giallastro, giallo-verdastro, ecc., a volte normale. Lasciato in riposo si formano pellicole o un reticolo più o meno delicato di fibrina. Cloruri: diminuiti. Glucosio: diminuito e nelle infezioni gravi assente, con tendenza a ricomparire e ad aumentare a misura che il processo migliora. Albumina totale: forte aumento. Globuline: forte aumento, specie rilevabili con le reazioni di Pandy e con la fase I di Nonne mantenendosi la reazione di Weichbrodt in genere debole o negativa, specie nelle meningiti tubercolari. Reazioni colloidali: curve a tipo meningitico, non costanti. Cellule: forte ipercitosi, a volte fino a 300-500 e più elementi; formula leucocitaria variabile predominando ora i linfociti ed i grossi mononucleati, ora i polinucleati; elementi cellulari integri negli stati meningei, anche se puriformi, con reperto microbico negativo o scarso, elementi profondamente alterati nelle gravi infezioni batteriche. Indagini batteriologiche (esame microscopico, culture, prove biologiche) necessarie per precisare la diagnosi di natura nelle varie forme di meningiti batteriche: per ordine di frequenza, nella etiologia delle meningiti, sono da ricordare il bacillo di Koch, il meningococco di Weichselbaum, lo pneumococco, il bacillo di Pfeiffer, il bacillo del tifo e dei paratifi, lo stafilococco, lo streptococco, il bacillus coli, l'enterococco, lo pneumobacillo di Friedländer, il tetragono, ecc. Si possono constatare infezioni miste: da ricordare sopratutto l'associazione del bacillo di Koch col meningococco. Reperti eccezionali: in alcuni casi di meningiti purulente con numerosi polinucleari degenerati nel sedimento, con segni cioè di flogosi settica delle meningi, non si riscontrano germi; in altri l'esame batteriologico fa rilevare una grande quantità di germi mentre le cellule sono scarse. Mancanza di parallelismo fra sindrome clinica e reperto umorale: vi sono casi in cui il *liquor* si presenta normale malgrado l'esistenza di una flogosi meningea, fatto questo che in alcuni casi è da attribuirsi ad un processo iniziale e limitato, a volte può dipendere da ostruzione in un punto qualsiasi degli spazi subaracnoidali o delle comunicazioni ventriculo-subaracnoidali; più rare sono poi le forme di meningite, che decorrono senza alcun sintomo clinico e che eccezionalmente possono sussistere anche con *liquor* purulento. *Indagini indispensabili*: glucosio, cellule, ricerche batteriologiche.

Nelle *meningiti croniche* dal *liquor* quasi normale, come si può constatare in una meningite circoscritta secondaria ad un tumore cerebrale, si passa alle gravi e costanti alterazioni umorali delle meningo-encefaliti luetiche. Le forme cliniche, che più interessano nella pratica, sono le forme luetiche, e ad esse si accennerà parlando delle alterazioni umorali della neurosifilide. Trattando poi delle intossicazioni esogene sarà fatta menzione delle alterazioni che si riscontrano nel *liquor* nella meningite cronica degli alcoolisti.

Meningiti sierose interne. *Liquor* limpido e incolore. Pressione: aumentata fino a 60-80 cm. di H_2O, con la manovra di Queckenstedt

aumenta di 15-20 cm. Q. R.: superiore sempre a 6 (Ayala). Glucosio: normale o scarse oscillazioni. Albumina totale: normale o lievemente aumentata. Globuline: raramente aumentate. Reazioni colloidali: negative. Cellule: normali o lievemente aumentate. Ricerche batteriologiche: negative. Indagini indispensabili: pressione, glucosio, cellule, ricerche batteriologiche.

Tumori cerebrali. Il *liquor* è limpido, a volte presenta una lieve xantocromia. La pressione iniziale è quasi sempre fortemente aumentata fino a sorpassare i valori massimi del manometro. Le oscillazioni respiratorie sono appena percettibili, con la manovra di Queckenstedt si ha un lieve aumento: 6-8 cm. di H_2O. Le quantità di *liquor* da estrarsi sono molto basse, poichè la pressione tende rapidamente ad abbassarsi, anche a volte dopo poche gocce di *liquor*. Noi abbiamo estratto sempre da un minimo di 3 cmc. ad un massimo di 5 cmc.: forse per questo non abbiamo registrato mai su alcune centinaia di punture eseguite in casi di *tumor cerebri*, alcuna conseguenza postpuntoria spiacevole. Il Q. R. è basso: 1-5,5. Glucosio: spesso modico aumento. Albumina: modica albuminosi, eccezionalmente superiore all'1 ‰. Globuline: lievemente aumentate nel 50 % circa dei casi (raramente positiva è la reazione di Weichbrodt). Reazioni colloidali: positive in una percentuale di casi molto bassa, con curve caratterizzate da lievi precipitazioni nelle diluizioni centrali. Cellule: per lo più normali o solo lievemente aumentate, rara una forte linfocitosi riscontrata sopratutto in alcuni tumori della base, eccezionale la presenza di cellule neoplastiche notata sopratutto in casi di sarcomi del cervello. Si nota non raramente dissociazione albuminocitologica (predomina l'alterazione dell'albumina) e dissociazione albumino-colloidale (predomina l'alterazione dell'albumina). Sono da tener presenti i rapporti tra la natura del tumore e le alterazioni umorali: queste infatti sono presenti nel 100 % dei casi di granulomi: nel 75 % degli ascessi cerebrali, nel 57 % dei blastomi e nel 25 % dei parassiti (Ayala e Pisani). Ricerche indispensabili: pressione, R. W., esame microscopico diligente per indagare se vi è presenza di cellule neoplastiche, di cisti o di uncini, di cellule eosinofile, di cristalli di Charcot-Leyden ecc., elementi rari ma di valore diagnostico decisivo.

Emorragia cerebrale. La sindrome umorale è estremamente variabile secondo l'intensità, la sede dell'emorragia e l'epoca in cui si esegue l'estrazione del *liquor*. Così da un *liquor* normale (piccole emorragie del centro ovale) si passa ad un *liquor* lievemente giallastro (piccole emorragie meningee nelle meningiti tubercolari, ad es.) e, infine, per addurre altri esempi, ad un *liquor* mescolato a forti quantità di sangue (gravi emorragie ventricolari). La sindrome umorale è modificata inoltre dalla compartecipazione più o meno intensa delle meningi al processo morboso. Consideriamo di aver estratto un *liquor* subito dopo una emorragia cerebrale grave: il *liquor* è di colore rosso-sangue, ricco di emazie; la pressione è aumentata, le albumine sono aumentate, le reazioni colloidali sono positive con curve nelle diluizioni centrali o di destra, il glucosio è aumentato. Nei giorni seguenti, quando si inizia il processo di distruzione e di riassorbimento degli elementi del sangue, il *liquor* diviene di colore giallastro più o meno intenso e tale perdura, secondo la gravità della emorragia, fino a 20-30 e più giorni: le emazie diminuiscono gradualmente e si ha, specie nei primi giorni, forte leucocitosi, che poi va attenuandosi; parallelamente diminuiscono le albumine e le reazioni colloidali divengono negative. Possono residuare un'ipertensione del *liquor* ed un'ipercitosi per molto tempo.

Arteriosclerosi cerebrale. Nelle varie forme di arteriosclerosi cerebrale, quando non vi sono emorragie e focolai di rammollimento, il *liquor* è normale. Se il processo si svolge su base luetica si possono notare iperalbuminosi, ipercitosi, positività delle reazioni colloidali e della R. W. Nei casi di *rammollimento cerebrale* quindi il focolaio malacico è esteso, si può avere dapprima polinucleosi e successivamente linfocitosi più o meno spiccata. Eccezionalmente la reazione leucocitaria è così intensa da far assumere al *liquor* un aspetto purisimile: gli elementi morfologici sono però integri: l'ipercitosi scompare 20-30 giorni dopo l'*ictus*. Inoltre si può avere aumento delle albumine e in un piccolo numero di casi positività delle reazioni colloidali. Nei casi di *apoplessia cerebrale* recente se l'emorragia è stata lieve e sottocorticale il *liquor* può essere normale, se l'emorragia è invece intensa o ha cointeressato le meningi o si è fatta strada nei ventricoli, si ha aumento della pressione, delle albumine, delle cellule, del glucosio e positività delle colloidali con curve tipiche: queste alterazioni tendono a scomparire a misura che gli elementi del sangue stravasato vengono riassorbiti. Ricerche indispensabili: cellule, R. W.

Morbo di Parkinson. Pressione: normale. Cloruri: normali. Glucosio: in genere normale, però è stata notata in qualche caso iperglicorachia. Albumine: normali. Reazioni colloidali: negative. Cellule: normali, raramente aumentate.

Encefalite epidemica acuta. Liquor limpido, incolore. Pressione: in genere modico aumento. Cloruri: normali. Glucosio: aumentato quasi costantemente. Albumina totale: normale o lievemente aumentata. Reazioni colloidali: negative o lievemente positive con curve caratterizzate da precipitazione nella zona luetica. Cellule: in genere fortemente aumentate nei primi giorni della malattia, tendenza poi a decrescere. R. W. negativa. Nelle forme di *encefalite epidemica cronica* la sindrome umo-

rale è eguale alla precedente: il *liquor* però è normale in una percentuale di casi molto maggiore che nelle forme acute. Ricerche indispensabili: glucosio, cellule, R. W.

Corea del Sydenham. Il *liquor* è quasi sempre normale, raramente vi può essere aumento della pressione e modica ipercitosi.

Sclerosi a piastre. Liquor limpido, incolore. Pressione: in genere normale. Albumina totale: normale o lievemente aumentata. Globuline: normali o lievemente aumentate (a volte la reazione di Weichbrodt è più intensa della fase I della reazione dei Nonne). Reazioni colloidali: negative o positive con curve caratterizzate da precipitazione nella zona luetica. R.W. negativa. Ricerche indispensabili: R. W. reazioni colloidali.

Poliomielite anteriore acuta epidemica. Il *liquor* presenta modificazioni quasi costanti nel *periodo di invasione* e nei primi 10-15 giorni del *periodo paralitico*. Pressione: aumentata fino a 60-70 cm. di H_2O. Aspetto limpido, raramente il colore è giallastro. Albumina: aumentata. Glucosio: aumentato. Cloruri: normali. Reazioni colloidali: negative o positive nella zona luetica. Céllule: ipercitosi accentuata specie nei primi giorni della malattia; nel primissimo stadio prevalgono i polinucleati, successivamente una netta linfocitosi. Ricerche indispensabili: glucosio, cellule.

Paralisi di Landry. Il *liquor* può essere completamente negativo: in qualche caso vi è aumento della pressione, iperalbuminosi ed ipercitosi.

Siringomielia. Il *liquor* non presenta alterazioni: è stato notato in qualche caso lieve positività della reazione del mastice nelle diluizioni di sinistra.

Eredo-atassia. Nell'eredo-atassia a *tipo spinale* (malattia di Friedreich) il *liquor* è normale. Questa assenza di alterazioni è importante perchè fornisce elementi per la diagnosi differenziale con una sindrome di Friedreich su base eredo-luetica, in cui si nota iperalbumina, ipercitosi, reazioni colloidali positive con massimo di precipitazione nella zona luetica, R. W. positiva. Ricerche indispensabili: R. W., reazioni colloidali.

Compressioni del midollo spinale. In tutte le malattie che producono una compressione del midollo spinale (neoplasie delle vertebre, spondiliti tubercolari, pachi- o leptomeningiti iperplastiche, meningiti sierose circoscritte, tumori intrarachidiani, ecc., la sindrome umorale è bene differenziata. Nelle fasi iniziali della compressione si ha *liquor* limpido e incolore, con pressione inferiore alla media normale, con iperalbuminosi modica o forte, con cellule normali o lievemente aumentate (fenomeno di dissociazione albumino-citologica), reazioni colloidali negative o positive con curve caratterizzate in genere da precipitazioni nelle diluizioni centrali. Queste alterazioni vanno accentuandosi a misura che si aggrava il processo morboso, fino a che si arriva alla *sindrome di coagulazione massiva del liquor* o sindrome di Froin. Questa sindrome, quando è completa, è formata da *liquor* xantocromico (colore giallo-oro, giallo-ambra, giallo-verdastro, ecc.), da emato-leucocitosi e da una rapida coagulazione spontanea del *liquor* dopo estratto. Si parla di sindrome incompleta o frusta quando uno degli elementi che costituiscono la sindrome manca: il fenomeno essenziale è però la coagulazione totale o parziale, spontanea o provocata, tardiva o immediata del *liquor*. Le altre alterazioni sono le seguenti: densità aumentata; tasso dei cloruri aumentato nei casi a decorso acuto, diminuito nei casi a decorso cronico; tasso del glucosio variabile, in rapporto con lo stato settico delle meningi; iperalbuminosi forte fino a gr. 40 e più per mille; iperglobulinosi forte (da notarsi la negatività o scarsa positività della reazione di Weichbrodt) fino ad aversi flocculazione immediata con la reazione di Pandy delle sostanze proteiche, presenza di fibrina fino a gr. 2 %; ipercitosi (emazie, linfociti, polinucleati), notevole quando esiste una meningite circoscritta concomitante luetica, tubercolare o carcinomatosa, lieve o assente negli altri casi (fenomeno di dissociazione albumino-citologica). E' necessario ricordare che la sindrome di Froin è stata notata eccezionalmente in casi di meningiti cerebro-spinali da meningococco, di meningiti tubercolari, di meningiti sarcomatose, di meningiti fibrinose emorragiche, di meningomieliti sifilitiche, di meningiti cerebro-spinali purulente, di paralisi del Landry, di traumi vertebrali, ecc.

Intossicazioni esogene. Le intossicazioni esogene, tanto acute che croniche, possono produrre lievi reazioni meningee come pure gravi meningo-encefalopatie. La più frequente intossicazione è quella da alcool. Importante in pratica è la sindrome umorale della pseudoparalisi alcoolica: pressione aumentata, iperalbuminosi ed ipercitosi, reazioni colloidali e R. W. negative. Ricerche indispensabili per distinguere questa sindrome da quella della paralisi progressiva: R. W., reazioni colloidali.

Radicoliti. Si nota iperalbuminosi, iperglobulinosi, aumento delle cellule, reazioni colloidali positive e, nei casi dovuti a sifilide, a volte, R. W. positiva.

Neurosifilide. L'infezione luetica può eccezionalmente accompagnarsi a scarse alterazioni del *liquor* anche durante le prime settimane dell'infezione: in questi casi si può notare ipertensione e lieve ipercitosi. Queste alterazioni si accentuano per frequenza e per gravità, nel secondo stadio della sifilide: si può avere, infatti, oltre l'ipertensione e l'ipercitosi, a volte intensissima, fino a 400 cellule per mmc., iperglobulinosi, reazioni colloidali e perfino, in rari casi, R. W. positiva. Queste modificazioni sono però presenti in un numero relativamente scarso di casi e sono poi tran-

sitorie. Ben più gravi e costanti sono, invece, le alterazioni che si constatano nelle varie forme di sifilide cerebro-spinale e nelle malattie nervose metaluetiche.

a) Sifilide cerebro-spinale. Le alterazioni del *liquor* sono diverse a seconda delle forme cliniche (arteriti, gomme, meningo-encefaliti, meningo-mieliti, ecc.) della diffusione del processo morboso, dello stadio della malattia. In genere nelle endoarteriti il *liquor* rimane normale. Nella forma gommosa il *liquor* varia secondo che si tratta di gomme isolate e sottocorticali, in cui il *liquor* può rimanere anche normale, o di forme gommose diffuse, in cui le alterazioni umorali sono intense. Le più gravi alterazioni si notano nelle forme acute di meningite, di meningo-encefalite e di meningo-mielite. Nelle forme antiche e stazionarie le alterazioni sono modiche. Pressione: aumentata. *Liquor*: limpido (quando vi è notevolissima ipercitosi può essere torbido). Albumina totale: normale quasi sempre nelle arteriti, aumentata negli altri casi. Iperglobulinosi: quasi costante. Reazioni colloidali: curve tipiche. Cellule: a volte normali nelle arteriti, fortemente aumentate nelle meningiti (150-500 per mmc.). In genere vi è linfocitosi con modica polinucleosi e mononucleosi. La leucocitosi prevale sempre sull'aumento dell'albumina, tranne nelle forme croniche o stazionarie. R. W.: positiva in un'alta percentuale di casi con dosi alte di *liquor* (0.5-1); nelle arteriti è quasi sempre negativa.

b) *Tabe*. Le sindromi umorali sono variabili, secondo se il processo morboso è arrestato o ha tendenza ad una rapida evoluzione. Quando il processo è arrestato il *liquor* è in genere normale. Pressione: normale o lievemente aumentata. *Liquor* limpido ed incolore; eccezionalmente si ha una lieve xantocromia. Albumina totale: normale o lievemente aumentata. Globuline: normali o modicamente aumentate. Reazioni colloidali: curve tipiche. Cellule: aumentate, in genere non fortemente; prevalgono i linfociti, scarsi sono i polinucleari e i grandi mononucleari. R. W.: positiva in un'alta percentuale di casi con dosi alte di *liquor*, in una bassa percentuale se si esegue col metodo originale.

c) *Paralisi progressiva*. La sindrome umorale della paralisi progressiva ha grande valore diagnostico sia perchè costante sia perchè è presente molto tempo prima che siano manifesti sintomi clinici tali da far sospettare l'inizio della malattia. Pressione: modico aumento, *liquor* limpido, incolore. Albumina totale: quasi sempre aumentata. Globuline: costantemente aumentate (la reazione di Weichbrodt è sempre positiva e in genere più intensa della fase I). Reazioni colloidali: curve tipiche molto costanti. Cellule: aumento costante (20-80 per mmc.) con prevalenza di linfociti; si notano anche macrofagi, *plasmazellen*: solo negli attacchi epilettiformi o apoplettiformi si può avere polinucleosi più o meno intensa. R. W.: con 0.2 di *liquor*, tanto se fresco che inattivato, è positiva nella quasi totalità dei casi, con dosi alte di *liquor* nel 100 %. Queste alterazioni umorali intense nelle forme gravi di paralisi comuni divengono attenuate nelle forme arrestate o a lento decorso. I miglioramenti più notevoli si osservano sopratutto dopo la malarioterapia: è ben raro però che non persista sempre qualche modificazione umorale: sarà un'ipercitosi lieve, un aumento modico delle globuline, una subpositività delle reazioni colloidali o una R. W. positiva con alte dosi di *liquor* ad indicare che il processo morboso è attenuato ma non spento. Ricerche indispensabili nella neurosifilide: reazioni colloidali e la R. W.

Anche da questi rapidi cenni sulle alterazioni del *liquor* nelle malattie del sistema nervoso risulta evidente l'importanza diagnostica che esse hanno nella pratica. Queste alterazioni umorali non sono però fisse e costanti, ma mutevoli, secondo l'estensione, la localizzazione e l'intensità dei processi morbosi: nell'utilizzarle, quindi, è necessario porle sempre in rapporto con la sindrome clinica e col processo anatomo-patologico corrispondente.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver posto in rilievo il valore diagnostico delle alterazioni del liquido cefalorachidiano descrive le sindromi umorali delle varie malattie del sistema nervoso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile Vittorio Emanuele II. - La Spezia.

REP. CHIRURGICI diretti dal Prof. R. CASSANELLO

per il dott. LUIGI ALLEGRI, aiuto.

Ernia tubo ovarica ds. strozzata con triplice torsione del peduncolo in bambina di sei mesi.

Alle ore 22 del giorno 22 febbraio 1929 venne ricoverata d'urgenza, con diagnosi di ernia inguinale Ds. strozzata, la bambina Bellerio Maria di mesi sei.

Dai genitori si raccolgono le seguenti notizie anamnestiche.

Poco tempo dopo la nascita, la madre si accorse della presenza di un piccolo tumoretto alla regione inguinale Ds., tumoretto che facilmente scompariva sotto modica pressione e che ritornava negli accessi di pianto. Malgrado questo la bambina cresceva bene.

La mattina del giorno 22 febbraio la bambina era stata piuttosto inquieta, aveva ricusato le abituali poppate di latte, aveva avuto vomito quasi sempre; l'alvo era chiuso.

Questo stato insolito aveva destata l'attenzione dei genitori i quali chiamarono un sanitario.

Questi, nella visita della bambina, riscontrò la presenza di un'ernia inguinale Ds. strozzata. Praticò il taxis ma inutilmente. Inviò allora d'urgenza la bambina all'Ospedale.

All'esame obbiettivo osservo, fra l'anello ingui-

nale esterno ed il grande labbro di Ds., un tumoretto arrotondato di consistenza molle elastica, arrossato e dolorosissimo alla pressione anche lieve. Il ventre è meteorico, dolente, l'alvo chiuso, il polso frequente.

Decido per l'intervento immediato e previa eteronarcosi, procedo all'erniotomia.

Aperto il sacco erniario fuoriesce abbondante liquido fortemente ematico.

Entro il sacco si trova un corpicciolo duro, compatto fortemente congestionato, di colorito nero ematico, di molta dubbia vitalità. Ad una trazione per estrinsecarlo offre molta resistenza. Mi accorgo che è attorcigliato sul peduncolo. Ben tre giri di torsione questo corpicciolo aveva subito sul peduncolo.

Solo ad un attento esame, e dopo avere inciso il collaretto erniario, riconosco nel corpicciolo alterato e nella forma e nell'aspetto l'ovaio e la tromba di Ds., i quali essendo molto mobili, avendo i legamenti piuttosto allungati, erano scivolati nel sacco erniario ed avevano trascinato l'utero anteriormente a Ds.

Libero l'ovaio e la tromba dalla torsione, ne lego il peduncolo e li asporto. Suturo il peritoneo e poi le pareti addominali in tre strati.

La bambina guarisce completamente in otto giorni per prima intenzione.

In questo caso è da notarsi la difficoltà della diagnosi prima dell'intervento, avendo presentato la bambina fenomeni di strozzamento erniario la cui genesi va attribuita invece alla triplice torsione del peduncolo tubo-ovario.

Si è avuto nel nostro caso la precisa sintomatologia che si ha per la torsione del peduncolo nelle cisti ovariche delle adulte e cioè dolori vivissimi addominali, meteorismo, fenomeni di peritonismo se non di vera peritonite, chiusura del ventre per il temporaneo ileo paralitico.

La diagnosi dell'ernia dell'ovaio, specie quando acquista delle aderenze col sacco, è difficile nelle bambine perchè facilmente può essere scambiata con gangli, con cisti, con lipomi. Solo nelle persone adulte mediante la palpazione combinata si potrà percepire la solidarietà del tumore con l'utero. Più difficile diventa la diagnosi quando, come nel caso nostro, si complica colla torsione del peduncolo tubo-ovarico.

Bisogna avere presente la possibilità di quella evenienza ed allora si può per lo meno avanzare la diagnosi dell'ernia ovarica con torsione del peduncolo.

La conferma che il pezzo asportato fosse l'ovaio colla tuba, ci è data dall'esame istologico eseguito dal prof. Pardi nel Gabinetto dell'Ospedale.

Egli ha trovato numerosi follicoli primordiali con qualche follicolo in via di maturazione. Notevoli fenomeni emorragici nella compagine del tessuto ovarico e in quello tubarico.

La presenza dei numerosi follicoli primordiali, alcuni dei quali in via di maturazione, in una lattante di sei mesi, sono evidentemente da spiegarsi, specie gli ultimi, coll'irritazione prodotta dallo scivolamento dell'ovaio nel sacco erniario e dalla risultante irritazione cui l'ovaio in esso contenuto è andato incontro.

Queste ernie tubo-ovariche sono appunto ernie da scivolamento ed il meccanismo di loro produzione si spiega con una abnorme lunghezza e rilasciatezza del rispettivo legamento largo che permette all'ovaio ed alla tromba di insinuarsi e scivolare in un preesistente sacco erniario. Ed è ancora per l'eccessiva rilasciatezza e lunghezza del legamento largo che si può avere la torsione di esso con i fenomeni clinici, così caratteristici, osservati nel nostro caso e che simulano molto da vicino lo strozzamento erniario.

La presenza dell'ovaio e della tuba nelle ernie non è una evenienza eccessivamente rara; la si trova più frequentemente nelle ernie inguinali, meno nelle crurali, una ne fu trovata in un'ernia otturatoria ed un'altra in un'ernia ischiatica.

Molto più raramente si osserva invece la complicanza della torsione del peduncolo nelle ernie tubo-ovariche.

Essa però è stata osservata prevalentemente nelle lattanti ed ecco fra le più recenti osservazioni quella del Dumet e quella del Rousset riferite alla Società Medica di Lione nel 1926, in bambine lattanti di tre mesi e sei mesi con triplice e quadruplice torsione del peduncolo.

Occorre quindi, specialmente nelle lattanti, tener sempre presente la possibilità di questa particolare forma di ernia tubo-ovarica e relativa complicanza di torsione peduncolare onde poter subito mettere in opera l'intervento chirurgico, che se fatto tempestivamente porta ad una rapida guarigione.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ernia tubo-ovarica D. strozzata, da lui operata in una bambina di sei mesi e parla della sintomatologia clinica e delle difficoltà della diagnosi.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

Ernia ombellicale fetale diverticolare operata 12 ore dopo la nascita. Guarigione.

Dott. VINCENZO JURA, aiuto e libero docente.

Le complicanze post-operatorie nei neonati rendono gli interventi chirurgici di necessità nelle prime ore dopo la nascita di gravità maggiore che in qualunque altro periodo della vita.

Di solito gli interventi di urgenza in neonati vengono praticati 24 ore dopo la nascita, quando i poteri di difesa dell'organismo sono maggiori. Ben si intende che ciò vale per quei casi nei quali l'operazione non si può differire oltre il sesto mese di vita, valendosi del vantaggio che dopo di esso i rischi di complicanze post-operatorie diminuiscono.

Tra gli interventi di assoluta necessità va annoverata l'ernia ombellicale fetale diverticolare; in occasione di questa l'attesa non è consentita, perchè, a causa della mancanza di nutrizione della cute il sacco erniario cade in sfacelo, e si creano condizioni di sepsi locale poco favorevoli per la guarigione.

Ancor prima che fossero trascorse 24 ore di vita, recentemente ho operata una neonata affetta da ernia ombellicale fetale, per la quale era stata ricoverata d'urgenza nella R. Clinica Chirurgica dell'Università di Roma.

A. G., di Antonio, da Stimigliano (prov. di Rieti), nata il 22 agosto 1928 alle ore 7.

Padre e madre viventi e sani. La madre ha avuto 5 gravidanze a termine; due fratelli sono morti nei primissimi anni di vita, l'uno di difterite, l'altro di malattia acuta che dai famigliari non si sa precisare.

La paziente è nata da gravidanza a termine con parto eutocico: le fu notato fin dalla nascita una abnorme tumefazione a sede nella regione ombellicale, della grandezza e forma di una piccola pera a larga base di impianto sulla parete addominale. A causa della sua presenza il cordone ombellicale fu potuto legare soltanto sull'apice della intumescenza, distante dal livello della superficie cutanea addominale normale. La tumefazione durante il pianto aumentava notevolmente di volume, e perciò fu portata in Ospedale. Quivi dopo manovre di riduzione, si era tentato di passare punti di seta alla base della tumefazione, nella speranza di poterla legare in corrispondenza dell'impianto sulla parete addominale. Nel praticare tali tentativi sfuggì in parte anche il primo laccio di seta, col quale si erano legati gli elementi del cordone ombellicale, ed attraverso l'occhiello apparvero delle anse di intestino. Per tali motivi trasportata in Clinica fu deciso l'intervento chirurgico immediato.

E. O. La regione ombellicale è occupata da una tumefazione piriforme, con base di impianto larga poco più di una moneta di argento da 20 lire; i limiti sono distinti; l'apice è costituito dal moncone di sezione del cordone ombelicale.

La tumefazione è costituita da una sacca tesa, sottile e translucida, liscia, di colorito bianco-grigiastro, ricoperta da sostanza grassa. Soltanto verso la base di impianto la cute diviene di aspetto normale, poichè presenta gradualmente zone di passaggio di aspetto vario dalla sommità del cono della tumefazione verso le zone paraombellicali.

Con gli sforzi, che la neonata compie durante il pianto, la tumefazione aumenta notevolmente di volume, la membrana si tende, e la base di impianto della intumescenza si estende ancora per 2-3 cm. al disotto della cute normale.

La tumefazione presenta consistenza molle elastica. Con le manovre di riduzione del contenuto si penetra nella cavità addominale, se si spinge l'esile sacco a dita di guanto all'esterno verso l'interno: ciò è dovuto al fatto che vi è una breccia del piano muscolo aponevrotico della parete addominale con diametro di 6 centimetri sulla linea mediana, di 5 centimetri trasversalmente. Con le contrazioni della parete addominale si mette in evidenza la formazione di un cercine fibroso che circoscrive nettamente tale breccia. Appena le manovre di riduzione cessano, la tumefazione ritorna nella forma e disposizione di prima.

Nel resto dell'addome la parete è normale ed i muscoli larghi presentano resistenza e tono normali.

Apparato cardio-vascolare e respiratorio normali.

Nulla di abnorme a carico del resto dell'organismo. Condizioni generali ottime.

Operazione: Ore 19 del 22-VIII-1928. Operatore Prof. Jura.

Eteronarcosi.

Incisione ellittica periombellicale con maggiore diametro di 8 centimetri circa sulla linea mediana e con minore asse di 6 centimetri trasversalmente, circoscrivendo alla base il sacco in pieno territorio di cute normale. Dopo avere attraversato il sottocutaneo, si penetra in cavità addominale. Il margine muscolo aponevrotico è a mezzo centimetro dalla superficie di sezione cutanea-sottocutanea. Dopo liberazione completa della sacca ombellicale l'apice del cono resta colla sua superficie endoaddominale fissato all'intestino da un cordone fibroso, il quale, atttaccandosi alla faccia profonda dell'ombellico, raggiunge la estremità di un diverticolo intestinale, lungo 5 centimetri e che ha lo stesso diametro di una grossa appendice vermiforme. Gli elementi che costituiscono il cordone fibroso sono dissociati e disposti a fascetti paralleli tra di loro.

Il diverticolo di Meckel si impianta sulla convessità del tenue, ad angolo retto, a circa 40 cm. dalla valvola ileocecale.

Legatura del diverticolo alla base, sezione di esso con elettrocauterio, sutura di affondamento del moncone sull'ansa del tenue, la quale non resta alterata nel suo lume. Riduzione del viscere nell'addome.

Si prepara il margine muscolo-aponevrotico. Sutura continua della sierosa peritoneale; sutura muscolo-aponevrotica a punti staccati in catgut. Sutura cutanea-sottocutanea in seta a punti staccati.

Reperto anatomo-patologico: La sacca ombellicale escissa è costituita per una estensione di 5 cm. di diametro da una membrana sottile, come membrana di guttaperga, di 2 mm. di spessore, translucida, bianco-grigiastra, amorfa, molle. La sua superficie endoaddominale è rivestita da peritoneo; la superficie esterna è costituita da cute untuosa, seborracea.

All'esterno di tale zona la cute prende un aspetto normale e poggia su un lassissimo strato di tessuto connettivo sottocutaneo, essendosi il peritoneo arrestato a livello della membrana

translucida. Neppure in tale zona di sezione del sacco vi è traccia di muscoli o di aponevrosi.

Dalla superficie peritoneale della sacca, in corrispondenza della legatura del cordone ombellicale, si distacca il cordone fibroso, costituito da fasci fibrosi più o meno dissociati, lunghi 4 cm.; in mezzo ad essi non si possono riconoscere formazioni vascolari. Tali fasci si inseriscono sull'apice del diverticolo intestinale, che termina a cul di sacco. Il moncone di sezione di esso misura cm. 4½ di lunghezza.

Alla sezione il diverticolo intestinale dimostra la stessa costituzione del tenue; non presenta traccie di flogosi ed il suo lume è perfettamente pervio, terminando a fondo cieco il suo estremo libero.

Decorso post-operatorio normale: al mattino seguente la piccola paziente viene dimessa per raggiungere la madre, in provincia di Rieti. Dopo 7 giorni si rimuovono i punti di seta.

Guarigione per primam.

Il 15 Marzo 1929 si pratica alla bambina una radioscopia dell'intestino, di cui si dimostra la canalizzazione perfettamente normale. La bambina cresce floridamente ed è tuttora in buone condizioni di salute.

La osservazione innanzi riportata presenta il massimo interesse sotto varii punti di vista. Innanzi tutto per quanto riguarda la patogenesi è da menzionare, come è noto, il presentarsi della grave aplasia tanto a carico della parete addominale che dello intestino. Tale coincidenza, tutt'altro che rara, offre le caratteristiche dell'ernia ombellicale fetale diverticolare.

L'aplasia della regione ombellicale può essere di gradi diversi. In quella di origine embrionale la deformazione congenita grave fa sì che una porzione più o meno estesa del tubo digerente è fuori della cavità ventrale, per la assenza più o meno estesa della parete addominale; manca la formazione della cavità addominale.

Nelle ernie fetali, dovute all'arresto di sviluppo del feto dopo il 3° mese, esiste la cavità peritoneale libera; ma si ha lo sviluppo incompleto dei muscoli e dei vasi, poichè essi si arrestano ad una distanza maggiore o minore dalla inserzione del cordone ombellicale. Il rivestimento cutaneo addominale può raggiungere il cordone ombellicale; però il suo impianto è largo, svasato, giacchè il piano muscolo-aponevrotico è arrestato a gradi più o meno avanzati.

Altrettanto dicasi dello sviluppo del derma: in conseguenza i tratti di cute privi di esso sono scarsissimamente nutriti, e si va perciò incontro allo sfacelo del rivestimento epiteliale, che si elimina con lo stesso cordone ombellicale. Infatti la sacca erniaria in tali zone ripete la stessa struttura del cordone ombellicale: è costituita da un foglietto peritoneale e dal rivestimento epiteliale; questi sono intramezzati dalla guaina amniotica del cordone.

Di solito attraverso l'ernia ombellicale fetale si fa strada un'ansa intestinale. Se coesistono aplasie viscerali si possono avere connessioni o fissazioni più o meno tenaci di qualche viscere all'ombellico.

Le aplasie viscerali sono legate ad abnorme involuzione del canale onfalomesenterico, o in difetto o in eccesso. Il diverticolo di Meckel non è che un residuo del canale vitellino, il quale nell'embrione mette in comunicazione la vescicola ombellicale con l'ansa intestinale primitiva. Se dopo il 3° mese nel feto esso non si oblitera, come si dovrebbe normalmente verificare, si ha la persistenza del diverticolo di Meckel, oppure si rinvengono residui sotto forma di filamenti, impiantati sull'ombellico o sull'intestino o sul mesentere.

Il diverticolo di Meckel può raggiungere l'ombellico, cadendo sotto la sezione, che si pratica a carico degli elementi del cordone alla nascita; può residuare conseguentemente una fistola stercoracea. Può anche essere libero nell'addome, oppure legato al mesentere od ai visceri. Ma può anche fissarsi all'ombellico come accade meno frequentemente.

In quest'ultimo caso, il diverticolo di Meckel non raggiunge l'ombellico con la sua estremità distale; ma da questa si diparte un cordone fibroso costituito di fasci filamentosi impervii, più o meno lunghi, secondo la distanza dall'ombellico.

Tali condizioni si verificarono nella osservazione innanzi riportata, nella quale all'aplasia della regione ombellicale si accompagnava l'aplasia viscerale, dovuta ad arresto di involuzione del canale onfalomesenterico.

Nel nostro caso già la sola aplasia della parete addominale imponeva sollecitamente l'intervento chirurgico. La scarsa nutrizione del sacco dell'ernia predisponeva al suo sfacelo, simile a quello che si ha usualmente a carico del cordone. Il pericolo maggiore in conseguenza dell'attesa è rappresentato dalla evenienza di comparsa di infezione secondaria a livello del solco di eliminazione.

Perciò in rapporto alle condizioni locali deve ritenersi più favorevole l'operazione praticata quanto più precocemente è possibile.

Tali interventi chirurgici di necessità assumono nei neonati carattere di maggiore gravità quanto più recente è la data della nascita. Le complicanze post-operatorie sono legate a cause diverse, ma non sufficientemente note; indubbiamente ha valore la labilità dell'orga-

nismo nei neonati. Di solito si ha pallore, ipertermia e successivamente morte rapida; raramente si rinvengono all'autopsia lesioni a carico degli organi interni. A volte si rinviene broncopolmonite o edema acuto del polmone: ma tali lesioni non si rinvengono costantemente neppure nei casi, nei quali fu praticata l'anestesia generale.

La prima difficoltà da superare è quella della anestesia. Se questa può essere risparmiata nei primi 2-3 giorni di vita quando si praticano interventi chirurgici di piccola entità, essa si rende invece indispensabile nei casi di aplasia congenita della parete addominale, poichè occorre un rilasciamento muscolare completo. I pericoli sono tanto maggiori quanto più breve è il periodo intercorso dalla nascita.

Da quanto innanzi si intende la importanza del caso illustrato, non soltanto per quanto riguarda la natura delle lesioni congenite, ma principalmente per il tempo intercorso dalla nascita all'operazione (12 ore), nonchè per la guarigione.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di ernia diverticolare da lui operata in una neonata dopo 12 ore dalla nascita. Il diverticolo di Meckel era fissato all'ombellico da fasci fibrosi che rappresentavano residui del dotto onfalo-mesenterico. L'operatore asportò il tratto di parete addominale aplasica ed il diverticolo, affondandone il moncone sul tenue. La bambina guarì e sta tuttora bene, essendo stata accertata radioscopicamente la perfetta canalizzazione dell'intestino.

Riepiloga i concetti patogenetici dell'affezione e mette in rilievo gli esiti di tali operazioni nei neonati, nei quali gli interventi hanno carattere di gravità grandissima a causa della frequenza delle complicazioni post-operatorie, specie in pazienti dei primissimi giorni di vita.

LAVORI CONSULTATI

Duclaux M. H. *Un cas de diverticule de Meckel étranglé dans une hernie ombélicale.* Bull. et Mém. Soc. Chirurgiens de Paris, n. 14, 4 novembre 1927, pag. 639.

Forgue et Riche. *Le diverticule de Meckel.* Ed. Doin, Parigi, 1903.

Malatesta. *Un caso di diverticolo di Meckel aperto all'ombellico.* Il Policlinico, Sez. Chirurgica, nov. 1907, pag. 473.

Ombredanne L. *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.* Edit. Masson et C.ie, Paris, 1923.

LEZIONI.

Il colpo apoplettico come sintoma di arteriosclerosi generale.

(W. Weigeldt. *Medizinische Klinik*, 30 agosto 1929).

Il concetto di colpo apoplettico, di apoplessia non è anatomico, ma schiettamente clinico. Il termine di apoplessia viene spesso confuso con quello di emorragia di organi interni e si parla di apoplessia pancreatica e renale, ma l'insulto apoplettico riguarda esclusivamente il cervello.

Con il termine di colpo apoplettico si designa uno stato di perdita di coscienza, di coma (κοιμάω - dormo) che distingue dal sonno normale per la perdita assoluta della conoscenza, della sensibilità, della motilità spontanea. Già gli antichi greci indicavano con apoplessia uno stato determinato della funzione cerebrale. Rochoux nel 1814 dimostrò che l'insulto apoplettico era per lo più determinato da un'emorragia cerebrale.

La frequenza dei colpi apoplettici come causa diretta o indiretta di morte è nell'età avanzata di circa il 10 %. L'apoplessia costituisce l'affezione cerebrale più frequente, è la manifestazione di una malattia generale, che ha la sua base in una sindrome cardiaca, renale o arterio-sclerotica cerebrale. L'età più colpita è quella dai 40 ai 70 anni. Specie verso il sessantesimo anno, è molto più frequente nell'uomo che nella donna.

Vi sono individui costituzionalmente predisposti, essi hanno il così detto abito apoplettico. Molto frequenti sono le apoplessie familiari. Come fattori esogeni hanno importanza l'alcool, la nicotina, il piombo, le infezioni.

Il sustrato anatomico è molto vario. Tuttavia occorre ben delimitare l'apoplessia cerebri riportandola alla sua base arteriosclerotica e distinguendola nettamente da manifestazioni cliniche che possono essere in rapporto con tumori, ascessi e sifilide cerebrale, con la paralisi generale, con l'uremia, con l'encefalite, con la diatesi emorragica e con l'embolia.

Per quel che riguarda la localizzazione del focolaio emorragico, Goldstein distingue gli insulti apoplettici in 4 gruppi, da emorragie: 1) nella sostanza bianca cerebrale; 2) nel claustrum e nel putamen; 3) nello striatum, e 4) nel ponte.

Non è dubbio che la maggior frequenza dei focolai emorragici nell'asse cerebrale dipende dal modo di distribuzione delle singole arterie. In genere si tratta di rami dell'*arteria cerebri media* ed *anterior*.

Il focolaio emorragico corrisponde quasi

esattamente al campo di distribuzione di un singolo vaso intracerebrale.

Il colpo apoplettico è molto spesso preceduto da sintomi prodromici che talvolta si manifestano anche qualche settimana prima: cefalea, vertigini, congestione, ronzii alle orecchie, disturbi visivi, disordini del sonno, epistassi, emorragie auricolari e congiuntivali. Dopo questi prodromi si ha più o meno improvvisamente l'itto apoplettico. L'accidente si verifica durante il lavoro, di preferenza in seguito ad un'emozione o ad uno sforzo muscolare, il riso, lo starnuto, la tosse, lo spremersi. Il corpo cade pesantemente a terra. Segue un sonno profondo, il coma. Sulla causa della perdita della coscienza sono state emesse molte teorie: shock, azione meccanica, ipertensione endocranica, aumento di volume del cervello, sede della lesione. Talvolta accompagnano l'itto convulsioni parziali o generali a seconda della sede dell'emorragia. Il risveglio non è possibile. Di solito si hanno disturbi del respiro e vomito. In rapporto alla sede ed all'estensione del sustrato anatomico questo stato comatoso dura da pochi minuti fino a giorni ed anche a 3-4 settimane.

Non tutte le apoplessie sono così tempestose. Piccoli insulti paralizzano solo alcune parti del corpo, ed il coma e la perdita di coscienza possono verificarsi anche a poco a poco.

L'aspetto del paziente è caratteristico. Egli giace senza conoscenza, il volto inespressivo, pallido, più raramente cianotico, il respiro superficiale, gli occhi mezzo chiusi, iniettati. Si ha abbondante flusso salivare, ritenzione di urina, cilindruria, albuminuria, spesso glicosuria. La temperatura si abbassa: solo nei focolai pontini si ha ipertermia. Gli occhi e la testa sono voltati da un lato (deviazione coniugata di Charcot). Con la cessazione del coma si constata: ritorno della sensibilità, astrazione fatta delle eventuali paralisi sensitive, ritorno della motilità e dei riflessi in quest'ordine: cornea (ad eccezione del lato paralizzato), pupille, faringe, cute, sensi specifici. Si ha così una buona norma per apprezzare la profondità del coma, così come nella narcosi. La durata della ripresa costituisce anche un indice della gravità dell'insulto. Il quadro dei fatti residuali è ben noto: emiplegia, afasia, aprassia, ecc.

Le possibili variazioni del quadro sono molteplici, si può avere una notevole tendenza alle vertigini fino alla morte improvvisa, più frequentemente nei focolai emorragici del ventricolo, del ponte e della base.

La diagnosi differenziale deve essere posta innanzi tutto con la trombosi e l'embolia. Seguono gli altri disturbi circolatori cerebrali: deliqui, anemia improvvisa, azioni del caldo e del freddo, emorragie meningee. Sono da tener presenti altresì, disturbi accessionali dati dalle meningiti, dell'ascesso cerebrale, dal tubercolo solitario, dalle gomme, dall'encefalite, dalla sclerosi a placche. Quadri analoghi possono essere dati anche dai tumori cerebrali, dalle fratture craniche, dalle embolie grassose, dall'epilessia, dalla paralisi progressiva, dall'uremia e dal coma diabetico.

La prognosi dipende dalla natura e dalla gravità della malattia fondamentale, dalla localizzazione del processo cerebrale e dai fatti morbosi da esso dipendenti.

Per quel che riguarda i fattori ambientali che favoriscono come momenti causali determinanti l'apoplessia è a notare che durante i temporali, durante i gran caldi ed i gran freddi la frequenza degli insulti aumenta. È verisimile che la causa ultima del colpo risiede in uno squilibrio dell'apparato endocrino o in una modificazione dell'acidità del sangue. Anche le modificazioni organiche prodotte dalle varie ore del giorno possono contribuire a favorire la comparsa dell'apoplessia. È stato notato che questa si verifica con la massima frequenza di notte e al mattino. Ciò verisimilmente si deve al fatto che durante il sonno si ha un aumento del tono del simpatico e con esso anche aumento della pressione sanguigna. Le variazioni di frequenza durante il giorno confermano l'importanza della stasi e degli squilibri circolatori dinamici nella genesi dell'apoplessia.

Circa la causa della maggiore frequenza delle emorragie nel cervello è opportuno rilevare che la circolazione cerebrale ha molte particolarità sue proprie. Al contrario di tutti gli altri capillari quelli cerebrali sono forniti di una membrana elastica, come le arterie, e ciò allo scopo verisimilmente di consentire una maggiore variabilità del loro lume. I pre- e postcapillari sono a pareti molto sottili. Anche gli spazi di Hiss e di Virchow-Robin sono una particolarità dei vasi cerebrali. È a ricordare infine la mancanza di un sistema linfatico e lo speciale sistema circolatorio costituito dal liquido cefalo-rachidiano. Per altro la capacità di pulsare che ha il cervello costituisce per sè un problema. L'aumento di volume del cervello è possibile solo con l'uscita dalla cavità cranica di una corrispondente quantità di liquor. In conseguenza l'equilibrio idro-dinamico encefalico è sotto l'influenza di vari fattori che non si trovano in altri organi tessuti, e ciò può dar ragione, anche se non ne può spiegare il meccanismo, della maggior frequenza delle emorragie nel cervello.

Il fattore meccanico dell'ipertensione ha naturalmente la sua importanza, esso è infatti presente per lo meno nel 30 % dei casi di apoplessia.

Oltre i fattori causali meccanico-dinamici dell'insulto e dei suoi prodromi vi sono altri momenti etiologici di notevole importanza. Negli apoplettici non mancano mai sintomi di arteriosclerosi, e può dirsi che l'etiologia dell'apoplessia si identifica con quella dell'arteriosclerosi.

Le quistioni poste al riguardo sono molteplici. Alcuni ritengono l'arteriosclerosi come un fatto costituzionale, un anticipo di quella della vecchiaia, altri la ritengono il prodotto di fattori endogeni ed esogeni diversi (eccesso di lavoro fisico e mentale, alterazione del ricambio, avvelenamento, infezioni, ecc.).

Quel che è certo si è che l'arteriosclerosi è una malattia ad aspetti ed a cause molteplici, alla quale partecipano il sistema dei capillari e dei precapillari, la dinamica circolatoria, la dinamica protoplasmatica, il chimismo cellulare, il sistema nervoso vegetativo ed endocrino.

Anche dal punto di vista anatomico vi sono notevoli differenze tra la vera arteriosclerosi, l'ateroma, l'aterosclerosi, la calcificazione della media, l'arteriolosclerosi.

Il componente endocrino dell'arteriosclerosi è spesso clinicamente manifesto. L'iperfunzione delle glandule surrenali ha una grande influenza sulle degenerazioni arteriose. Analogamente studi clinici e sperimentali hanno dimostrato che l'ipotiroidismo provoca l'arteriosclerosi e l'ipertiroidismo la ostacola, ringiovanisce i vasi. Evidente azione sull'arteriosclerosi anche l'ovaio (climaterio) e l'ipofisi (acromegalia).

Comunque è innegabile l'importanza della disposizione generale e locale. Sono registrati molti casi nei quali l'arteriosclerosi è localizzata a determinati distretti vasali e quelli cerebrali vi sono i più predisposti. E ciò spiega perchè vi sono numerosi casi di emorragia cerebrale nei quali non esiste alcun segno di arteriosclerosi a carico dell'aorta e delle arterie delle estremità e mesenteriali.

L'arteriosclerosi nei suoi gradi e localizzazione è considerata come un disturbo complesso del ricambio, il quale costituisce la più importante condizione per la produzione dell'apoplessia. E' per questo che le emorragie cerebrali si presentano con maggior frequenza con tare costituzionali più o meno definite, come l'artritismo o neuroartritismo, la gotta, il diabete, la polisarcia. Alla base di questi disordini costituzionali si trovano anomalie del ricambio della colesterina, disfunzioni del sistema surreno-tireo-ovarico.

La terapia dell'insulto apoplettico, astrazione fatta dalla cura sintomatica, deve essere indirizzata al trattamento della malattia fondamentale.

Il salasso non è consigliabile neanche negli ipertonici a causa dei disturbi circolatori che provoca. Lo stesso deve dirsi per le abbondanti sottrazioni di liquido cefalo-rachidiano. Tali pratiche non fanno che predisporre a nuove stasi, all'allargamento del focolaio emorragico, a ulteriori danni dei tessuti. L'abbassamento della pressione della gran quantità di sangue stravasato mediante puntura dà spesso un sollievo momentaneo, può impedire la rottura dei ventricoli, abbrevia il coma, migliora la respirazione, ma tutto ciò solo in via transitoria.

Il dogma che la migliore terapia di una malattia sta nella profilassi vale anche e sopratutto per l'apoplessia. E la profilassi dell'emorragia cerebrale si confonde con quella dell'arteriosclerosi.

E' importante rilevare che l'arteriosclerosi è una malattia esclusiva dell'uomo. Le alterazioni arteriose riscontrate in alcuni mammiferi non hanno nulla a che fare con l'arteriosclerosi. Farebbero eccezione i pappagalli che soffrono di arteriosclerosi simile a quella umana: tuttavia in alcuni di essi anche ottantenni non si riscontrarono lesioni delle arterie cerebrali bensì delle coronarie.

La malattia sarebbe particolare dell'uomo in rapporto ad alcune caratteristiche del ricambio umano sopra tutto dei lipoidi e della colesterina. D'altra parte la civiltà millenaria con le conseguenti modificazioni del modo di vivere possono avere determinato alterazioni costituzionali favorevoli allo sviluppo dell'arteriosclerosi. Al riguardo è importante il diverso comportamento della fisio-patologia delle glandule endocrine nell'uomo e nei mammiferi, nei quali ultimi, a mo' d'esempio, nel mixedema non compare l'aterosclerosi e nei disturbi dell'ipofisi non si ha mai acromegalia.

Il problema quindi della patogenesi e della profilassi dell'arteriosclerosi e dell'apoplessia si risolve in un fatto metabolico legato alla costituzione, all'alimentazione, all'endocrinismo.

Durante la guerra l'ipoalimentazione oltre a danni evidenti produsse anche qualche vantaggio, la diminuzione notevole non solo della gotta e del diabete ma anche delle malattie legate all'arteriosclerosi.

Il fattore nutritivo esogeno, sopra tutto l'eccesso di alimenti grassi, ha decisamente la sua importanza nel determinismo dell'arteriosclerosi. Da ciò la necessità che sia meglio precisata questa influenza acciò la dieta alimentare possa correggersi allo scopo di evitare ed eventualmente arrestare il processo morboso vasale che sta alla base dell'apoplessia.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La tubercolosi degli amputati.

(PALLASSE. *Journ. Méd. de Lyon*, n. 211, 1928).

Non è ancora possibile stabilire i rapporti esatti tra tubercolosi e guerra, sebbene ciò sarebbe assai interessante, specie per l'importanza che hanno assunto i tubercolotici nel campo delle pensioni di guerra.

Si è notato infatti come i pensionati siano costituiti per il massimo numero da malati polmonari con enorme predominio dei tubercolosi.

L'importanza è enorme se si pensa che i tubercolotici di guerra vengono indennizzati al 100 %.

L'A. studia i rapporti tra tubercolosi polmonare e ferite di guerra. Egli distingue due specie di ferite: quelle del torace e le ferite a distanza. I lavori ed i trattati che si interessano dell'argomento si occupano invece quasi solo delle ferite del torace e del polmone; Bertier studia l'effetto dei gas da combattimento che egli considera come un trauma polmonare. Le conclusioni sono, in genere, le stesse: si ammette una relazione causale tra trauma toracico e tubercolosi polmonare quando questa si sviluppa a breve distanza dal primo, e quando colpisce il lato ferito, ecc. Ma l'A. aggredisce qui una nuova questione, e precisamente della tubercolosi che si sviluppa in feriti a distanza dal torace, e più specialmente negli amputati. Egli studia un caso di tubercolosi polmonare insorta nel 1922 in un amputato di ambo le gambe nel 1916. Questi dovette subire vari ritocchi del moncone che richiesero in complesso tre anestesie. Il rapporto tra tubercolosi e amputazione non è certo qui facile a stabilirsi, sebbene si possa pensare all'influsso nocivo delle tre anestesie; altri medici dettero importanza all'anemia da perdita di sangue, altri alla soprafatica resa necessaria dalla difficoltà di muoversi creata dal trauma, altri alla sedentarietà. Tutto ciò è molto (troppo!) vago. Eppure gli AA. antichi videro e rilevarono un certo nesso tra tubercolosi e amputazione degli arti. Nel 1656 Cristophoro Bennet diceva che i gibbosi e gli amputati degli arti sono spesso soggetti a tubercolosi polmonare; Duprè de L'Isle nel 1769 ripete lo stesso aforisma e Rozière de la Chassagne ritiene nel 1770 ciò un fatto comune. Quest'ultimo spiega il fatto per un vero trasporto della materia peccans dal membro amputato al polmone.

È molto logico pensare che i casi riportati come amputazione degli arti fossero dovuti ad ascessi freddi, e che le gibbosità citate non fossero che casi di morbo di Pott, allora è facile intendere la conseguente localizzazione polmonare.

Pallasse conclude che in ben pochi casi è possibile sostenere, ed in quasi nessuno dimostrare il rapporto causale tra amputazione degli arti e tubercolosi polmonare, e questo non è inutile ricordare per la frequenza con cui questi casi possono essere imposti alla soluzione delle Commissioni speciali.

L. TONELLI.

La frenicectomia nella cura delle caverne tubercolari apicali.

(WOLF. *Ann. de Méd.* Vol. XXIV, n. 3, 1928).

Il valore terapeutico della frenicectomia non è oggidì più messo in dubbio, ma mentre la indicazione classica per questo intervento fu data dalle lesioni tubercolari della base del polmone, l'esperienza clinica di questi ultimi anni dimostra che le lesioni tubercolari anche importanti, dei lobi superiori, possono beneficiarsi in modo talora sorprendente di questa operazione.

Dopo l'introduzione della frenicectomia in Francia per opera di Rist, molti AA. han segnalato dei casi isolati in cui si erano avuti miglioramenti e anche guarigioni in malati con lesioni tubercolari degli apici. Bordet notò una diminuzione del murmure vescicolare, e sopratutto un miglioramento innegabile delle lesioni gravi situate in pieno apice, ma ritenne « indicazione ideale » le lesioni basali.

Perret, Piguet e Giraud su 5 casi trattati ebbero un miglioramento netto anche in due casi con caverne tubercolari localizzate nei lobi superiori. La stessa osservazione fece Alary ma questo fatto fu considerato anche da questo A. come eccezionale.

Dumarest all'ultimo Congresso nazionale della tubercolosi a Lione, ha ricordato tre casi di lesioni cavitarie dell'apice in cui si ebbe la guarigione delle caverne con la sola frenicectomia. Altri quattro casi favorevoli comunicò Burnand alla Société des Hôpitaux de Paris nell'aprile 1927. In Germania, Goetze e Alexander già nel 1922 proposero la frenicectomia anche nelle lesioni apicali, e molte altre citazioni si potrebbero fare.

Gli AA. nel sanatorio di Schatzalp hanno dal 1923 praticato circa 30 frenicectomie e in 20 di questi casi si trattava di lesioni cavitarie del lobo superiore, in 14 di questi casi hanno avuto risultati eccellenti che si mantengono dopo due anni.

In 18 casi si trattava di una tubercolosi cavitaria con localizzazioni delle caverne nel lobo superiore: 5 di questi casi sono *completamente guariti*. In questi 5 casi le caverne in parte assai voluminose e resistenti da più di un anno a qualunque altro trattamento, sono scomparse in modo definitivo nel corso di 8-12 mesi. In 9 malati operati più recentemente constatarono una diminuzione degli sputi, una scomparsa della febbre e dei bacilli, una retrazione

parziale delle lesioni datanti da anni. L'operazione è troppo recente in questi ultimi casi per avere un risultato definitivo, ma il miglioramento fu insperato.

Gli AA. han notato che in tutti i casi si trattava di *tubercolosi cronica a tendenza fibrosa.* Nella maggior parte dei malati questa tendenza si era già manifestata prima dell'intervento con una retrazione parziale dell'emitorace, con una deviazione più o meno marcata del mediastino, e qualche volta con una ascensione leggera del diaframma. Tuttavia questa tendenza non era sufficiente a fare sparire le caverne, a causa dell'ostacolo opposto alla retrazione per opera delle pareti toraciche, del mediastino e del diaframma. Sopprimendo la resistenza attiva del diaframma la retrazione cicatriziale si può effettuare in modo completo ed efficace. Considerando questo meccanismo non meraviglia che siano specialmente le caverne apicali che si beneficiano della frenicectomia, perchè queste caverne hanno già una più grande tendenza a chiudersi che quelle della base.

L'A. ritiene che l'indicazione essenziale e principe per la frenicectomia non sia data dalle lesioni basali secondo quanto si crede fino ad oggi, ma bensì dalle forme tubercolari cavitarie dell'apice, purchè con tendenza fibrosa manifesta.

L. TONELLI.

RENI E VIE URINARIE.

La colica renale.

(FEY e ASSELIN. *Bull. Méd.*, 6 luglio 1929).

La caratteristica della colica renale è l'insorgenza brusca, a crisi; una causa qualsiasi può promuovere la crisi; il dolore ha una grande diffusione, tuttavia è caratteristico il dolore intenso localizzato nella regione lombare. Le irradiazioni dolorose sono note; esse possono diffondersi lungo il decorso del n. femorale, femore-cutaneo, sciatico.

L'intensità del dolore è variabile; talora intenso, continuo, talora meno grave, ad accessi parossistici; si accompagna a polso piccolo, rapido, a nausea ed a vomito.

L'esame obbiettivo fornisce scarsi elementi; si può mettere in evidenza il punto doloroso costovertebrale o costolombare, ureterale superiore medio e inferiore.

La patogenesi del dolore è stata messa in rapporto con il trauma che il calcolo provoca durante il passaggio nell'uretere; i più invece accettano l'ipotesi che si tratti di dolore da spasmo. Ma anche questa opinione non spiega perchè talora piccoli calcoli generano intense crisi, mentre grossi calcoli passano dall'uretere con scarsi dolori; inoltre la permanenza del calcolo nell'uretere e nel bacinetto, senza tentativi di progressione, non può giustificare l'insorgenza della crisi dolorosa da spasmo.

È stata invocata anche la dilatazione del bacinetto quale fattore di dolore; probabilmente nella produzione del dolore entrano in gioco il fattore spastico e la dilatazione dell'uretere, l'uno contribuendo a intensificare l'altro.

Gli AA. hanno ricercato sperimentalmente il meccanismo del dolore della colica renale; gli esperimenti tendono a stabilire che entrambi gli elementi — spasmo e dilatazione — concorrono a provocare la crisi dolorosa, tuttavia prevale spesso lo spasmo della *muscularis*, il quale può essere vinto per mezzo dell'iniezione di atropina.

La colica renale non è perciò sinonimo di calcolosi, perchè qualsiasi causa può produrre lo spasmo della *muscularis* pieloureterale, con consecutiva crisi dolorosa.

La colica quindi si identifica con l'idronefrosi, intendendo con tale eventualità non la raccolta liquida prodotta da un calcolo, ma da qualsiasi causa meccanica capace di impedire la diuresi.

La cura deve interessare due momenti: cura dell'attacco, e cura causale.

L'attacco si cura con la morfina, la quale agisce rilasciando lo spasmo; si può associare con profitto l'atropina; se questi antispasmodici non ottengono alcun effetto, si procede al cateterismo ureterale, il quale provoca l'immediata cessazione del dolore. Il meccanismo d'azione del cateterismo è ancora poco chiaro; forse la dilatazione risolve lo spasmo, forse la fuoruscita d'un po' di urina toglie la pressione a monte.

La cura causale deve tendere a rimuovere l'anormale condizione che mantiene lo spasmo; a tale scopo potrà giovare la radiografia, la pielografia e la pieloscopia.

CARUSI.

Le grandi cisti del rene.

(SÉCRETAN. *Journal d'Urologie*, gennaio 1929).

L'A. afferma che le grandi cisti del rene non sono così rare come vorrebbero taluni autori, e riporta tre casi osservati nello spazio di un anno in un servizio di chirurgia non specializzato.

Caso I. — Donna di 49 a. Da 25 a. dolori lievi al fianco sin. e senso di pesantezza. Da 5 settimane la malata nota una tumefazione al fianco sin. Mai disturbi degli app. digerente e urinario.

E. O. Nel fianco sin. si palpa una tumefazione sferica, a sup. liscia, di consistenza dura, leggermente spostabile lateralmente. Netto ballottamento renale. *Radioscopicamente* si vede lo stomaco spostato a destra in tutta la sua parte inf. *Pielografia*: non idronefrosi nè deviazione ureterale.

Nefrectomia sin. Sulla faccia post. del rene si nota una grossa cisti che non comunica col bacinetto. Il rene è impiccolito, ma di struttura normale.

Caso II. — Uomo di 66 a. Da 2 mesi sensazione dolorosa indefinita sul margine costale sin.

E. O. Nel fianco sin. si palpa una tumefazione ovoide, del volume di una testa fetale, a sup. liscia. La tumefazione è tesa, e sembra contenga del liquido. È relativamente mobile in tutte le direzioni. Non ha netto contatto lombare. Urine normali. *Insufflazione colica.* Il colon passa al davanti della tumefazione. *Radioscopia.* Spostamento dello stomaco e dell'ampolla duodenale verso d. Diagnosi: tumore del mesentere. Reperto operatorio: cisti del rene sin.

Queste due osservazioni si rassomigliano per la povertà dei sintomi: dolori indefiniti all'ipocondrio, senso di pesantezza, non disturbi urinari. Fra i metodi di esplorazione il più utile è:

La *pielografia*: dimostra spesso deviazione dell'uretere ed una piccola idronefrosi, ma non tale da spiegare la tumefazione.

L'*insufflazione del colon* con aria od ossigeno, è utilissima per determinare i rapporti di una tumefazione addominale col crasso. Nei tumori retroperitoneali, del rene in particolare, si constata che il colon passa al davanti della tumefazione. Peraltro una tumefazione situata nel mesentere può dare un quadro analogo.

L'*esame radiologico* del sistema digerente, permette di eliminare una affezione gastrica o intestinale. Presenta inoltre un segno, che è stato rilevato anche nelle idronefrosi sufficientemente sviluppate, e cioè lo spostamento dello stomaco verso il lato sano; può essere spostato anche il duodeno.

Ad evitare però il pericolo di sbagliare nella diagnosi bisogna utilizzare tutti i segni che il malato presenta, giacchè, se qualche volta i sintomi sono molto ricchi tanto da permettere una facile diagnosi, altre volte invece la povertà dei sintomi obbiettivi e subiettivi può indurre in errore, come nel caso II.

Caso III. — Donna di 61 a. Da 2 mesi dolori all'addome, prima generalizzati, poi localizzati all'ipocondrio d. I dolori si ripetono a crisi, e sono accompagnati da vomito alimentare o biliare, e da febbre intermittente.

Dopo qualche giorno compare ittero spiccato. Nessun sintoma urinario.

E. O. Fegato nei limiti. Distinta dal fegato si palpa una tumefazione della grossezza di un pugno, a sup. legg. bozzuta, indolente, spostabile lateralmente. Suono ottuso alla percussione. Non ballottamento renale. Radiologicamente: stomaco spostato a sin. e abbassato. Duodeno spostato a sin. L'ampolla duodenale inoltre è respinta in avanti. Il pasto di bario però passa senza difficoltà. In seguito i vomiti si accentuano, fino a presentarsi quotidianamente dopo ogni pasto. Dopodichè si ha l'*obitus*.

Autopsia: Colecistite e pericolecistite con aderenze alla II porzione del duodeno. Calcolo incuneato nel duodeno. Cisti sulla faccia ant. del rene che comprime e occlude la III porzione del duodeno.

Questa complicazione delle cisti renali è eccezionale e difficilmente prevedibile. La sintomatologia era in verità troppo ricca e poteva far pensare a diverse diagnosi: infezione o tumore, lesione epatica o renale. Peraltro l'esame radioscopico del sistema digerente poteva far supporre almeno l'affezione renale dimostrando uno spostamento, più considerevole ancora che negli altri casi, dello stomaco e del duodeno verso il lato opposto. Filippa.

Papilloma dell'uretere.

(A. Takahashi. *Edinburgh Med. Journal*, settembre 1928).

L'A. riporta il caso di un uomo con ipertrofia della prostata nel quale all'esame cistoscopico fu riscontrato l'orificio dell'uretere destro dilatato mentre quello sinistro era normale.

Dall'orificio dilatato, insieme alla urina si aveva la propulsione in vescica di un papilloma, il quale quando cessava la fuoriuscita di urina si ritirava nell'interno dell'uretere, lasciando l'orificio largamente aperto.

All'operazione il tumore misurava 51 mm. di lunghezza, 8 mm. di larghezza e pesava 1 mg.; lo stesso reperto di un papilloma dell'uretere, venne riscontrato in una donna.

Moor.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1].

S. BAGLIONI. *Elementi di Fisiologia umana.* Vol. I. In-8° di 700 pag., con 160 fig. Libreria di Scienze e lettere di G. Bardi. Roma, 1929. Prezzo L. 120.

Il nome modesto di elementi non deve far pensare che si tratti di un'opera elementare di fisiologia, poichè, se nella mole questa opera non uguaglia i grandi trattati che si stanno pubblicando all'estero e che sono riserbati alla stretta cerchia degli specialisti, non è men vero che questo libro del Direttore dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Roma rappresenta un insieme organico e completo, in cui si trova tutto quanto di essenziale vi è nella fisiologia. E non solo i fatti assodati sperimentalmente, ma altresì le ipotesi e le teorie che, ai puri fatti dànno vita e calore e li inquadrano in una più ampia visione della vita.

La prima parte di questo volume tratta della fisiologia generale, fondamento necessario per comprendere i fenomeni che sono espressioni della vita normale e patologica: le proprietà morfologiche e fisico-chimiche generali, le sostanze costituenti dell'organismo, le azioni enzimatiche, le attività vitali elementari, l'azione degli stimoli, le dottrine generali sul fenomeno della vita.

Con la seconda parte, l'A. entra nella fisiologia speciale, studiando le funzioni degli organi della vita animale, dapprima quelle generali del sistema nervoso e muscolare, passando poi agli organi dei sensi ed al sistema nervoso (midollo spinale, centri bulbo-protuberanziali, cervelletto, cervello, sistema autonomo).

L'esposizione è chiara e limpida, quale si conviene ad un'opera essenzialmente dedicata agli studenti, ma questo carattere didattico è un pregio anche per il medico che voglia, con essa, tenersi al corrente delle questioni e dei moderni concetti di fisiologia; essa, di fatto, tiene conto anche delle più recenti acquisizioni della patologia che hanno un riflesso nella fisiologia (p. es., le teorie sullo « shock », le discussioni sul centro del linguaggio, ecc.).

Speriamo che il secondo volume venga presto a completare questo utile trattato a cui è da augurare la più ampia diffusione. *fil.*

M. BARBÀRA. *I fondamenti della Biotipologia umana* (Il tipo umano medio e le sue varianti); *Sistematica introduttiva allo studio della costituzione e dei rapporti fra costituzione e malattia.* Un vol. di pag. VIII-122, con figure. Milano, Istituto Editoriale scientifico, 1929. L. 25.

A poca distanza dalla pubblicazione di un interessante studio nel quale viene analizzata una delle più difficili frasi onde si compone il capitolo delle costituzioni, il Barbàra affronta — e con molto successo — un argomento di indole ancor più generale e quindi di importanza fondamentale.

È questo l'argomento che si riferisce alla sistematica (classificazione) delle costituzioni: dalla cui risoluzione dipende, appunto, ogni ulteriore progresso della dottrina costituzionalistica.

Il Barbàra dimostra come: se si utilizza il metodo di analisi antropometrica introdotto dal Viola e soltanto che se ne ritocchino i criterii della classificazione, si perviene a stabilire le grandi linee di una sistematica alla quale non si sottrae alcun individuo: sistematica che è capace, al contempo, di darci una idea sintetica abbastanza chiara delle condizioni anatomo-fisiologiche del caso in esame.

Rimarrà alle ulteriori indagini di precisare i dettagli antropologici delle diverse « varianti » isolate dal Barbàra: il quale, per intanto, può ben avocare a sè il merito di aver messo, finalmente, ordine nel *mare magnum* delle costituzioni umane e di aver dimostrato biometricamente — e quindi in maniera inoppugnabile — l'intimità di rapporti che uniscono il tipo umano medio alle sue varianti e queste varianti fra di loro.

A. POZZI.

L. LATTES. *L'individualité du sang en biologie, en clinique et en médecine légale.* Un vol. in-8°, di 320 pag., con 66 fig. Masson ed., Paris, 1929. Prezzo Frs. 50.

Interessante questione questa dei gruppi sanguigni che, iniziatasi come biologia pura, si è poi dimostrata di un grande valore pratico — basti pensare alla trasfusione del sangue ed alla ricerca della paternità — e di grande importanza nella biologia per lo studio specialmente dell'eredità e della ripartizione antropologica dei gruppi sanguigni.

L'opera del prof. Lattes, che comparve dapprima in italiano (1923) e poi in tedesco (1925), ci si presenta qui in lingua francese, naturalmente accresciuta in armonia con i nuovi studî che si sono venuti accumulando sull'argomento.

Dopo un'introduzione in cui dà i concetti generali, l'A. si occupa delle reazioni individuali del sangue normale, dell'ereditarietà ed individualità del sangue, passando alle applicazioni cliniche e medico-legali. Descrive poi minutamente la tecnica delle reazioni di individualità. Segue un'ampia bibliografia, che comprende 54 pagine fitte, in cui 31 lavori sono dello stesso A.

Oltre ai pregi dell'esposizione, questo libro del prof. Lattes ha quello di essere l'unico che tratti a fondo la questione.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

E. LECHER, S. MEYER e E. SCHWEIDLER. *Lehrbuch der Physik für Mediziner, Biologen und Psychologen.* V edizione. Un vol. in-8°, di 469 pag., con 524 fig., rilegato. G. B. Teubner, Leipzig u. Berlin, 1928. Prezzo M. 18.

L'esatta conoscenza della fisica è diventata una necessità per il medico, per potere comprendere, sia le leggi biologiche generali, sia moltissime applicazioni pratiche. Un ottimo libro, per questo scopo, ci è fornito dal manuale di Lecher, rimaneggiato, dopo la morte di questi, da Meyer e Schweidler, entrambi professori di fisica all'Università di Vienna.

Dopo una breve introduzione, gli AA. trattano la meccanica, l'acustica, il calore; più ampio è lo studio dell'energia raggiante e specialmente dell'elettricità, e se ne comprendono le ragioni quando si pensi alla grande importanza che l'una e l'altra hanno nella fisica moderna, che ha rivoluzionato gli antichi concetti. L'elettrochimica, la teoria degli elettroni, i raggi Röntgen, la radioattività trovano qui il loro posto.

L'esposizione è limpida, chiare ed evidenti sono le figure; le poche formule matematiche non ostacolano la comprensione del testo di questo libro, di cui è vivamente consigliabile la lettura ad ogni medico e biologo colto.

fil.

G. PIGHINI. *Viaggi ed escursioni scientifiche di Lazzaro Spallanzani.* Un vol in-8°, di 441 pag., con documenti inediti ed illustrazioni. L. Cappelli ed. Bologna, 1929. Prezzo L. 40.

Il prof. Giacomo Pighini, psichiatra e biologo insigne, ha raccolto con amore e pazienza le relazioni dei viaggi che Lazzaro Spallanzani ha fatto sul Lago di Como, nell'Appennino, nella Svizzera, alle Due Sicilie, in Oriente, ecc. e le presenta in questo volume, precedute da una prefazione del prof. G. Bilancioni. Mente avida di sapere, nonostante le difficoltà che allora si avevano per i viaggi, lo Spallanzani peregrinava in Italia ed all'estero, raccogliendo dati, idee, osservazioni che poi elaborava nella pace della piccola Scandiano. E ne scriveva in una prosa limpida e pura che si legge sempre con diletto, anche se qualche volta ha perduto l'interesse tecnico.

Utile e simpatica opera questa del prof. Pighini, di mettere amorosamente e pazientemente in luce (e la pazienza si indovina dalla ricca bibliografia riportata) questo lato di una delle più grandi figure della scienza italiana.

L'opera, che si presenta in bella edizione su carta di lusso, si legge con vivo piacere e con orgoglio di italiani.

fil.

Methods and Problems of Medical Education (Fourteenth Series). Un vol. in-4°, di p. 207, con tavole e figure. The Rockefeller Fondation; New York (Broadway 61), 1929.

Continua la pubblicazione dei metodi e problemi relativi all'insegnamento medico, eseguita a cura della Fondazione Rockefeller. Possono trarsene insegnamenti utilissimi, per l'organizzazione di scuole e d'istituti, per la elaborazione di programmi di studio e per la attuazione pratica dell'insegnamento.

Il vol. 14° comprende tre memorie un po' eterogenee: C. L. Scudder e N. Allison, Come si raccoglie la storia clinica in un caso di frattura al Massachusetts General Hospital di Boston; J. Grant, La Scuola d'Igiene pubblica e di medicina preventiva di Pechino (fondata dalla Rockefeller); B. Hoyer e A. G. Mitchell, Metodi d'esame e di registrazione all'Ospedale infantile di Cincinnati. A. P.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

IX Riunione del Gruppo Centro-Meridionale-Siculo della Società Italiana di Radiologia Medica.

Palermo, 9 ottobre 1929-VII.

BUSI riferisce su alcuni dettagli di indole tecnica sul tema « Sulla percentuale di complessi primari accertabili radiologicamente fra la popolazione infantile di una zona rurale », e specialmente sulla linea capillare e sul suo significato clinico; sul bulbo della vena azigos; e sull'ombra corrispondente al lobo medio che sorpassa la linea mediana della colonna vertebrale.

ARNONE crede di vedere in tale linea l'inizio di una scissurite che corrisponderebbe al primo periodo della tubercolosi che comincia ad interessare la trama connettivale, prima che compaia il complesso primario il quale, in questo caso, rappresenterebbe il secondo periodo anatomico e radiologico, della localizzazione toracica della tubercolosi.

BUSI si intrattiene a lungo sulla tecnica della colecistografia col metodo proprio.

Prendono parte alla discussione TANDOJA, CASTRONOVO, ARNONE.

ARNONE tratta dell'*Idiotipo scheletrico*

Riporta alcuni casi clinici e conchiude che lo scheletro deve considerarsi come un sistema di correlazione autonomo che riceve, sin dal momento del concepimento per i caratteri fissati nel germe, un'impronta speciale che caratterizza l'idiotipo, impronta che, nei casi da lui illustrati, si rivela con stimmate radiologicamente dimostrabili accanto alle quali si deve ammettere che esista anche una costituzione fisico-chimica-biologica ben determinata. In questa impronta primitiva non dobbiamo riconoscere uno dei fattori costituzionali che danno ragione dei processi evolutivi e patologici dello scheletro. Concezione, come si vede, ben diversa da quella

attualmente seguita dai radiologi che considerano lo scheletro come un tessuto di sostegno destinato ad adattarsi alle esigenze degli organi stessi.

Tale autonomia scheletrica comincia a rivelarsi durante la vita intrauterina e, se accanto alla stenosi mitralica si riscontra un vizio teratologico della colonna cervicale, se nel situs inversus si riscontra una schisi sacrale, se in soggetti con schisi sacrale si riscontra una sindrome ipofisaria od uno stato emofiloide, si deve conchiudere e che durante la vita intrauterina per errore di evoluzione nel corrispondente foglietto, lo scheletro può, indipendentemente dallo sviluppo degli altri organi appartenenti ad esso o ad altri foglietti, riportare degli errori di sviluppo che costituiscono poi delle stimmate proprie.

BERETVAS (Palermo), riferisce sullo *xeroderma pigmentoso* e la sua importanza per la questione della ipersensibilità individuale di fronte ai raggi e per la questione della patogenesi dei tumori.

COLA (Palermo), riferisce sul *granuloma della tibia* (o *ascesso del Brodie*).

D'ISTRIA illustra un caso di esostosi osteogenetiche multiple con alterazioni metafisarie ed encondriaci multiple che classifica nel quadro della discondroplasia.

COTTONE mostra i radiogrammi riguardanti un caso di diverticolo duodenale in duodeno libero. Tale associazione di anomalia non era stata mai registrata nella letteratura della radiologia addominale.

LA FERLA dà il rendiconto di cinque anni di Radium-terapia (gennaio 1924-dicembre 1928).

GARGIULO si occupa del quadro radiologico del colon destro nello svuotamento rapido dello stomaco. Espone un quadro radiologico del colon molto frequente che somiglia molto alla colite ulcerosa, ma che non ha i caratteri clinici ed è soltanto l'espressione di uno stato di lievissima infiammazione che si può dimostrare radiologicamente in molti casi di svuotamento rapido dello stomaco. Riferisce sul trattamento Röntgen di pterizio recidivante degenerato (tipo Baas), e su la iridociclite tubercolare trattata con i raggi Röntgen.

AIRALI si intrattiene sulla differente distribuzione delle cisti di echinococco nei vari lobi polmonari sia perifericamente sia centralmente, contrariamente a quanto è sostenuto da vari autori che le cisti idatidee nei polmoni si trovano specialmente alla base del polmone destro.

Presenta vari casi.

Si intrattiene inoltre sulla echinococcosi secondaria con diffusione di cisti figlie per via dei canali mucosi e descrive un caso di diffusione secondaria in seguito a rottura di cisti idatidea primitiva del polmone.

GALIFI si occupa della *linea capillare nel campo polmonare destro*.

VITA riferisce sulla importanza del pneumoperitoneo nella diagnosi differenziale tra cisti ovarica e peritonite tubercolare — forma ascitica.

GREGORIO riferisce sulle *spondiliti infettive*.

RIZZO si occupa sulla *Curieterapia del cancro dell'utero*. A.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 7 ottobre 1929.

Presidente: Prof. L. BACIALLI.

Sindrome da ipertensione cranica.

Dott. GIUSEPPE VERCELLI — Presenta un malato il quale mostrava una complessa sindrome da ipertensione cranica con piccoli segni cerebellari, in cui una terapia di iniezioni endovenose di soluzione ipertonica ha determinato la scomparsa della sindrome ipertensiva, mettendo in evidenza sintomi di probabile tumore cerebellare.

L'encefalografia.

Dottori G. VERCELLI e E. GIUBERTONI. — Discutono del nuovo mezzo diagnostico utilizzato in neuropatologia e sulla falsariga di radiogrammi presentati discutono le caratteristiche di tale mezzo e le utilità che da esso ne possono venire.

Frattura del bacino.

Dott. RINALDO RINALDI. — Presenta tre casi di frattura del bacino con rottura dell'uretra; discute del meccanismo di produzione, delle caratteristiche cliniche, delle complicanze che intervengono facilmente per l'azione complessa del trauma che non agisce soltanto sulle vie escretorie inferiori ma anche sulle superiori e sopra gli elementi nervosi che presiedono alla funzione dell'apparato urinario.

Espone la tecnica degli interventi necessari nei casi simili, e si sofferma sull'importanza medico legale dei traumatismi dell'uretra e sulla valutazione del danno relativo.

Calcolosi biliare e cancro.

Prof. O. CIFOLLINO. — L'O. espone un caso clinico di una giovane donna di 28 anni operata di colecistectomia per calcolosi. All'esame istologico trovò il colletto del cistico invaso da un incipiente cancro. Trattando del momento etiologico, stimolo meccanico ripetuto, quale fattore della formazione del cancro nella colelitiasi, e fatto un parallelo colla minor frequenza del cancro nella calcolosi renale ritiene corrispondente a verità l'asserto di quegli autori che ritengono questa maggior frequenza essere attribuibile anche all'alterata composizione della bile. Però ricorda come il fattore « terreno » debba essere considerato quale fattore predominante. Ambedue: stimolo cronico e terreno preparerebbero la via all'attecchimento di quel virus ancora ignoto che sarebbe in ultima analisi la vera causa del cancro.

Le moderne concezioni della patogenesi del pemfigo.

Prof. ARTOM. — L'O. tracciati i quadri clinici delle varie forme di dermatosi bollose, si sofferma a trattare del complesso problema dell'eziopatogenesi del pemfigo volgare quale appare dopo le più recenti ricerche sull'argomento. Ricordato il valore fondamentale degli studi del Redaeli ed i numerosi dati sperimentali che inducono a considerare il microrganismo isolato e coltivato da tale O. come l'agente patogeno del pemfigo; tratta dell'azione che nell'insorgenza

di tale dermopatia, secondo alcuni studiosi, esplicherebbe lo streptocco e, sulla base di casi personali che illustra, conclude che tale germe possa avere un'azione non nel determinare l'insorgenza del pemfigo volgare, ma nel determinare la trasformazione di questo in pemfigo vegetante.

Tratta poi dell'importanza delle modificazioni del ricambio del NaCl nel pemfigo ed espone i risultati di ricerche personali che confermano esistere in tale malattia uno squilibrio di ricambio idrico e salino e cioè una tendenza all'edema dei tessuti ed una ritenzione dei cloruri.

Parla infine dei rapporti esistenti tra alterazioni delle glandole genitali e pemfigo e presenta i preparati istologici di ovaio di due donne morte di pemfigo che confermano i reperti del Martinotti e cioè l'esistenza in tali glandole di una atrofia e sclerosi intensissima con vera trasformazione fibrosa del parenchima. Discute la importanza di tali diversi reperti e si sofferma specialmente sul quesito se le alterazioni osservate siano primitive o secondarie se cioè siano la causa della dermopatia o la conseguenza di questa.

Le dermatosi bollose nell'infanzia.

Prof. P. FORNARA. — L'O. mette in evidenza le particolarità fisiologiche della cute nel bambino, rispetto all'adulto, la maggior frequenza e facilità della formazione in esso di bolle cutanee, l'assenza o la rarità nell'età infantile della forma del pemfigo vero dell'adulto. Espone una classificazione delle forme bollose dell'infanzia in:

1) dermatosi accidentalmente bollose;
2) dermatosi essenzialmente bollose:
   a) d'origine artificiale esterna;
   b) d'origine interna;
   c) d'origine infettiva nota;
   d) d'origine sconosciuta che suddivide in eruzioni polimorfe ed eruzioni bollose monotrofe.

Si sofferma a discutere delle forme del vero e proprio pemfigo congenito, distrofia cutanea in rapporto all'epidermolisi bollosa ereditaria, del cosidetto pemfigo epidemico del neonato che considera in rapporto con l'infezione piodermica da comuni piogeni (stafilococco) da un lato e la particolare facilità epidermolitica della cute infantile da altro lato, e conclude proponendo la sostituzione del nome di « pemfigo epidemico del neonato » con quello di « dermatite bollosa piogenica del neonato e del lattante ».

Su di una particolare forma di lichen delle regioni scoperte.

Dott. LUIGI FERRERO. — In un individuo di 38 anni senza note cliniche particolari è stata osservata una affezione cutanea avente sede alle mani ed al viso, caratterizzata: inizialmente dalla comparsa di piccole papule miliariformi insorgenti con intenso prurito, successivamente da chiazze infiltrative, dure di dimensioni diverse, di color biancastro, con avvallamento centrale piano ipercromico.

Istologicamente si ha in corrispondenza del cercine periferico un'infiltrazione prevalentemente linfocitaria, a carico dello strato papillare e sottopapillare si ha scarsa infiltrazione, frammentazione del reticolo elastico specialmente nella parte centrale delle chiazze.

L'O. ravvicina la forma osservata a quelle simili già descritte da Tuccio, Martinotti, Verrotti, discute intorno alla posizione nosologica di tali dermopatie, e conclude considerandole varietà del lichen e differenziandole dalle forme di lichenificazioni anomale.

La pratica della schiascopia.

Dott. G. LODDONI. — L'O. espone i concetti pratici che servono per la determinazione obbiettiva della rifrazione oculare col metodo della schiascopia sia colla neutralizzazione sia coll'inversione dell'ombra.

Espone le sue vedute facendone commento riguardo ad un metodo che s'eguaglia all'altro specialmente per quanto riguarda l'aggiunta di una diottria nel caso di miopia, e la sottrazione di una, in caso di ipermetropia.

Espone poi la pratica della schiascopia coi cilindri.

Su di un caso di difterite vulvare.

Dott. L. GREPPI. — L'O. presenta la fotografia della regione vulvare di una bimba di 10 anni in cui sono visibili degli elementi cutanei grossi come un pisello la cui natura fu dimostrata di origine difterica dalla cultura in terreno di Pergola del materiale prelevato da detti elementi. Pure il materiale prelevato dalla mucosa vaginale, ricoperta da essudato e quello prelevato dalla gola, semplicemente arrossata, ma senza placche o essudato, seminato in terreno di Pergola diede sviluppo a floride colonie di bacilli difterici. Alla prima visita la bambina non si lamentava che di bruciore vulvare, la gola era soltanto arrossata, sì da far pensare ad una banale vulvo-vaginite.

La guarigione si ottenne con iniezioni endomuscolari di siero antidifterico alla dose complessiva di 55000 U. I.

Il pH urinario in gravidanza ed in puerperio.

Dott. T. MENEGHINI. — L'O. ha praticate numerose esperienze sulla determinazione dell'acidità « attuale » dell'urina (pH) in gravidanza e in puerperio normali, le urine venivano prelevate al mattino a digiuno ed in diverse ore della giornata; un'apparecchio adoperato fu il comparatore di « Hellige ».

Come valori medii, l'O. ha ottenuto:

1) in 50 casi di gravidanza normale (ultimo trimestre) pH 6.4;

2) in 20 controlli (nullipare, ad apparato genitale integro, all'infuori del periodo mestruale) pH 5.7;

3) in 30 casi di puerperio: pH 6.2.

I dati ottenuti fino a questo punto dimostrerebbero di conseguenza una « minore acidità di quanto si osserva nello stato normale » essendo stato trovato nei soggetti non gravidi e lontani dalla mestruazione, un pH medio di 5.7 di fronte al 6.4 ed al 6.2 osservati in gravidanza ed in puerperio. Questi stessi dati non trovano corrispondenza in quelli ormai noti e riguardanti la « riserva alcalina » nel sangue; per questi ultimi l'acidità in gravidanza appare invece aumentata.

Il Segretario: Dott. RINALDI RINALDO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Il colore delle palme come mezzo diagnostico.

Secondo W. W. Duke (*Arch. of intern. medicine*, ott. 1928) il confronto del colore delle palme di un malato con quello di un individuo normale permette di riconoscere se il paziente è affetto da pletora o da anemia, con una precisione che potrebbe rivelare persino l'aumento o la perdita di 200 cmc. di sangue.

L'A. ha scelto la palma per il suo colore notevolmente costante nelle condizioni consuete, il che dipenderebbe dal fatto che la palma prende scarsa parte alla regolarizzazione del calore e cambia molto meno di colore che non altre parti, sotto l'influenza della temperatura, dell'esercizio, delle emozioni.

Il medico può incominciare a confrontare la propria palma con quella di individui giovani e sani, per vedere se la sua palma è normale; in caso contrario, sceglierà quella di altri.

La palma del malato e quella dell'individuo di confronto, in piedi od a sedere, vanno tenute all'altezza della punta cardiaca, in posizione semiflessa, fino a che si osservi che il colore non muta. La pelle non deve essere tesa.

Il colore delle palme, secondo l'A., non è influenzato che dall'anemia o dalla pletora; il confronto fatto prima o dopo la trasfusione sarebbe una guida sicura per decidere se la quantità di sangue iniettata è sufficiente. La presenza di macchie bianche o rosse può disturbare, ma basta elevare le mani un po' al disopra della punta cardiaca per vederle scomparire.

Difficoltà di apprezzamento o risultati inesatti possono aversi per: ittero, cianosi (morbo di Raynaud), desquamazione della cute, alcune dermatosi, stato di « shock », sincope, anemia perniciosa. *fil.*

Glicemia e pelle.

La determinazione della glicemia è assai importante per lo studio completo degli individui affetti da dermatosi; in molti infatti si trova elevata.

Il sangue deve essere prelevato a digiuno, e si deve fare la distinzione tra sangue venoso e sangue capillare.

Rost (*Deut. med. Woch.*, vol. LV, n. 5, febbraio 1929) ha notato una glicemia elevata nell'intertrigo, frequente negli psoriasici e nei foruncolosi. Invece lo zucchero sanguigno era sensibilmente normale nell'eczema seborroico, nell'acne e nell'eczema vero.

Si ha, nei casi di dermatosi iperglicemizzante, un grande vantaggio ad istituire una cura insulinica. L. TONELLI.

CASISTICA.

Un caso di agranulocitosi.

È stato riferito recentemente un caso interessante da Behamon, Nouchy e Sudaka (*Bull. de la Soc. Hôp. de Paris*, 22 luglio 1929): è bene ricordarlo nelle sue linee principali. Una donna di 37 a. è colpita all'improvviso da febbre, brividi e cefalea, con astenia profonda. La p. aveva, in precedenza, sofferto varie volte di poliartrite reumatica ed era da 5 anni affetta da insufficenza mitralica. L'E. O. dette T. 39°, P. 128, R. 28; abbattimento notevole. Sull'emitorace sinistro si notarono delle bolle grigiastre, grosse come un pisello; simili bolle al manubrio sternale, confluenti in strie orizzontali, riposavano su una piastra rossastra eresipelatoide di cm. 8 × 1. Una bolla isolata nell'ascella destra. Null'altro sulla cute, eccetto bolle, simili alle descritte, sul contorno dell'ano. La gola è arrossata, si ha angina discreta con una bolla biancastra sul pilastro anteriore.

Non adenopatie. Milza normale, fegato un po' grosso. Segni di insufficenza mitralica. Albuminuria lieve, pressione arteriosa normale.

Le bolle cutanee e perianali, l'angina, lo stato infettivo acuto, l'abbattimento estremo senza pallore, senza emorragie fecero pensare alla agranulocitosi. L'esame del sangue confermò la diagnosi dando leucopenia con assenza completa dei granulociti (G. R.: 4.290.000. G. B.: 4000. Formula: un solo polinucleare neutrofilo, mal lobato nel nucleo, pallido; 41 linfociti, 18 mononucleari medi, 33 grandi mononucleari, 7 monociti a granuli azurrofili fini). Clinicamente si ebbe un progressivo aggravamento della dispnea, tachicardia e diarrea fino a 30 scariche giornaliere. Dopo 6 giorni le bolle grigiastre confluenti della reg. sternale dettero una ulcerazione necrotica; dopo pochi giorni subirono la stessa sorte le altre in altre regioni. Comparve bilirubinemia senza ittero clinicamente manifesto. In dieci giorni, *obitus*.

Il quadro clinico ed ematologico era completo: sesso ed età; accidenti cutanei e angina ulcero-necrotica; grave stato infettivo con abbattimento e prostrazione; ittero se non apparente almeno svelato dalla bilirubina serica; leucopenia con scomparsa dei granulociti, senza diminuzione dei globuli rossi e delle piastrine, senza diatesi emorragica.

Seguendo accuratamente le curve dei globuli rossi e bianchi gli AA. poterono assistere ad una caduta regolare dei globuli rossi dei leucociti e delle piastrine. Fu esperimentata anche la splenocontrazione alla adrenalina che verso il 15° e 25° minuto provocò una forte leucocitosi sempre senza granulociti. L'emocultura fu negativa; anche quella di liquido pleurico che si presentò nel decorso. La velo-

cità di sedimentazione fu rapida, ma si vide così rapida anche in altre forme morbose. Il coagulo dopo 24 ore aveva aspetto normale. La tensione superficiale del siero sanguigno fu trovata aumentata. Ora poichè il Béguet ha dimostrato che abbassando la tensione superficiale di un brodo di coltura si diminuisce la virulenza dei microbi, gli AA. avendosi qui il fenomeno precisamente opposto, si fanno la domanda se non sia questa la causa della malignità di questa affezione.

L. TONELLI.

Grippe e agranulocitosi.

Benatt e Pfeuffer (*Münch. Medizin. Woch.*, n. 31, 1929) citano un caso di grippe maligna, a decorso letale, con lesioni gravi a carico dell'apparato respiratorio (bronco-polmonite e pleurite emorragica); l'esame del sangue dava un'accentuata leucopenia (2500) con netta linfo-monocitosi (88 %); il numero delle piastrine era normale.

L'A. ritiene che il quadro agranulocitico possa considerarsi come espressione di un processo infettivo tossico grave, pur non negando la possibilità che talora si presenti come malattia essenziale (Schultz).

(*N. d. R.* Il caso su riferito rappresenta il quadro più elevato di quel danno midollare che si rinviene con grande frequenza nel corso della grippe, come è noto da tempo e come noi stessi abbiamo potuto constatare in personali ricerche).

V. SERRA e G. DE BONIS.

Setticemia post-anginosa.

Fraenkel dimostrò nel 1925 che nelle piemie post-anginose, si poteva spesso incriminare una trombo-flebite delle piccole vene di comunicazione tra la circolazione amigdalica e le vene facciali e giugulari, ed appunto queste nozioni teoriche portarono a preconizzare la legatura profilattica di questi vasi per evitare le setticemie gravi.

In 32 casi di questa grave affezione Kissling (*Münch. Med. Woch.*, n. 28, 1929) ha praticato 27 volte l'intervento, ottenendo 13 guarigioni. L'A. pertanto, su questo numero, relativamente considerevole, di malati, ha potuto precisare alcuni punti importanti diagnostici e terapeutici:

1) Clinicamente è stata notata aumentata la frequenza delle setticemie postanginose. L'affezione colpisce spesso soggetti giovani e resistenti; sovente segue ad infezioni tonsillari o peritonsillari, sopratutto agli accessi amigdalici mal drenati. Qualche volta l'angina ha potuto precedere di parecchi giorni, fino a 2-3 settimane, la setticemia ed un trattamento locale accurato durante questo periodo può essere profilattico;

2) Batteriologicamente, gli esami del sangue, del pus degli accessi, dei trombi venosi trovati all'intervento o all'autopsia hanno rivelato 9 volte lo streptococco puro, 3 volte lo stesso germe associato ad altri anaerobi, 12 volte bacilli anaerobi Gram negativi, 4 volte gli anaerobi non sono stati potuti isolare, ma l'esistenza di suppurazioni fetide rendeva verosimile la loro esistenza, 4 volte solamente erano in causa solo anaerobi;

3) La patogenesi venosa della setticemia è confermata dalle constatazioni operatorie o necropsiche, mostranti l'esistenza di trombo-flebiti infette, alcune volte minime e clinicamente difficilmente rilevabili;

4) La diagnosi spesso è difficile. Non si attenderà il segno classico della corda venosa dolorosa lungo il bordo interno dello sterno cleido-mastoideo, segno tardivo e fallace; il sintoma capitale è il brivido tardivo, che insieme ai segni locali, permette di precisare il lato. I risultati dell'emocultura confermeranno ulteriormente il diagnostico;

5) La prognosi dipende dal germe in causa, dalla precocità dell'intervento, dall'assenza di metastasi, sopratutto polmonari o articolari.

Nell'insieme l'intervento chirurgico permette, anche nei casi gravi, di sperare la guarigione delle setticemie post-anginose, a condizione di essere praticato precocemente.

A. P.

TERAPIA.

Il bicarbonato di soda nelle dermatosi pruriginose.

Godinho (*Schweizerische med. Woch.*, volume LVIII, n. 43, ottobre 1928) ha esperimentato il bicarbonato in molte affezioni pruriginose con ottimo effetto. Specialmente notevoli furono i risultati in un caso di urticaria cronica; ma anche in forme di eczema, di prurito senile i risultati furono buoni. La dose del medicinale fu di un cucchiaino da caffè tre volte al giorno. Però in questa forma produce spesso nausea e vomito. L'A. pratica perciò la via endovenosa a dosi varie da 1 a 20 cc. di una soluzione al 3 %.

(*N. d. R.* Ho potuto sperimentare questo metodo in un caso capitatomi all'ospedale di S. Spirito in Sassia.

Anamnesi, bimbo di 15 a., sano, gentilizio negativo, non ebbe malattie degne di nota, eccetto frequenti tonsilliti. Da circa due anni andava soggetto a urticaria con poussées eruttive assai frequenti sebbene non molto tormentose. Vari dermatologhi emisero concordemente la diagnosi di urticaria cronica, tutti i rimedi del caso furono esperimentati senza vantaggio, solo dal Ca Cl_2 ebbe qualche beneficio. In ospedale gli si somministrarono 3 cucchiaini da caffè di bicarbonato pro die ottenendo in 3ª giornata la soppressione quasi totale della eruzione, solo nei giorni succes-

sivi si ebbe qualche nuova poussée, ma assai pallida e con elementi enormemente scarsi. In 10ª giornata sorse nausea e vomito spiccato che mi costrinse a sospendere il rimedio, l'eruzione scomparve. Questo è quello che ho potuto osservare e mi pare debba indurre ad ulteriori prove del metodo).

L. TONELLI.

Nel prurito degli itterici.

È anzitutto necessario rimuoverne la causa, ristabilendo il decorso normale della bile. Frattanto, si potranno mettere in opera i seguenti mezzi palliativi.

Lozioni calde 3-4 volte al giorno con aceto diluito a metà; asciugare bene e spolverare con: 1) Amido g. 100; Mentol g. 1; oppure: 2) Ossido di zinco, Talco, ana g. 15; Acido salicilico g. 1; Mentol cg. 50.

Si può prescrivere: Cloralio g. 20; Aceto fenicato, Alcool canforato, ana g. 250; Nisamelina g. 30; Acqua g. 1000. Da usarsi per lozioni seguite da unzioni con vaselina mentolata.

Oppure: Acido fenico, Acido salicilico, ana g. 1; Acido tartarico g. 3; Glicerolato d'amido g. 60.

Come cura interna, vanno bene le pillole di Bromidrato di chinino (cg. 5) con estratto di valeriana, q. b. Una prima del pasto del mezzogiorno e della sera.

Regime latteo-vegetariano; non tè, non caffè. Riposo fisico e morale.

(*Journ. des praticiens*, 20 apr. 1929).

fil.

Nel prurito vulvare.

Le cause più frequenti, secondo A. Labhardt (*Zentr. f. Gyn.*, n. 4, 1929), sono:

1) affezioni vulvari locali con macerazione dell'orificio vaginale, dovute sia alla leucorrea, sia ad una malattia generale: diabete, colemia;

2) lesioni salpingo-ovariche con leucoplasia vulvare consecutiva;

3) turbe di origine nervosa o psichica.

Il prurito vulvare perciò non deve mai essere considerato come una malattia a sè, ma solamente come un sintomo.

Più spesso è in dipendenza di un cattivo funzionamento dell'ovaio o del pancreas; in particolare ad una leucoplasia può unirsi la Kraurosis vulvae, anch'essa dipendente da insufficienza ovarica.

Il trattamento del prurito vulvare deve essere quindi rivolto sempre alla malattia causale, però sovente esso rimane sintomatico.

Sono consigliabili semicupi e docce fredde, ma sopratutto la sera prima di coricarsi, pennellature con soluzione di nitrato d'argento al 2-5 % ed applicazione di paste naftolate al 50 %.

A. P.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La vigilanza dell'esercizio delle professioni sanitarie e affini.

Fra le disposizioni legislative che interessano la vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie, meritano speciale menzione quelle sulla denuncia degli aborti, sull'esercizio ostetrico e sulle case di cura, pensioni per gestanti, ecc., perchè esse si inquadrano nel vasto programma di politica demografica e di difesa sanitaria della razza tenacemente perseguita dal Governo Nazionale. Per analogia dobbiamo anche accennare alle norme relative al commercio dei presidi medici e chirurgici, poichè, se esso non rappresenta una vera e propria attività professionale sanitaria, pure la sua disciplina integra e completa le altre disposizioni aventi finalità di politica demografica. Tutte queste disposizioni sono comprese nella legge 23 giugno 1927, n. 1070, e nei relativi regolamenti 6 decembre 1928, n. 3112 e n. 3318.

Denunzia degli aborti. La denunzia degli aborti è prescritta dall'art. 9 della legge 23 giugno 1927, che sostituisce l'art. 55 del Testo Unico delle leggi sanitarie. Esso fa obbligo agli esercenti la professione di medico-chirurgo di denunciare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni, ogni caso di aborto per il quale abbiano prestato la propria opera, o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della professione. Le modalità della denuncia sono stabilite dall'articolo 1 del regolamento 6 decembre 1928, n. 3112, per l'esecuzione della legge 23 giugno 1927, il quale prescrive che nella denuncia devono essere indicati:

1) il cognome e nome; l'età; la provenienza e il domicilio della donna;

2) se l'intervento del sanitario denunziante è stato richiesto prima, durante o dopo l'aborto, e se egli ha prestato l'opera sua al domicilio della donna od in quale altra località;

3) la data dell'aborto e se questo è stato spontaneo o provocato e completo o incompleto;

4) le cause che, secondo scienza e coscienza, possono aver determinato l'aborto. Se questo fu provocato a scopo medico, devono indicarsi i nomi dei medici che son convenuti nello stabilirne l'indicazione, e quali ne siano stati esattamente i motivi;

5) la natura dell'intervento, nonchè tutte le osservazioni che il medico curante e i consulenti credono fare per norma del medico provinciale;

6) il cognome, nome e residenza della levatrice che ha assistito la donna, o che è ricorsa all'opera del medico denunziante, a norma dell'art. 10 della citata legge 23 giugno 1927.

I moduli per la denunzia son forniti dalle

prefetture ed il contenuto di essa deve restar segreto.

Come si vede, la denunzia deve esser precisa e circostanziata, per modo che, dal suo esame, il medico provinciale sia posto in grado di rilevare se sussista il dubbio od il sospetto di un eventuale reato, quando (il che raramente potrà accadere) non possa senz'altro desumerne gli estremi del reato stesso.

Esercizio ostetrico. Necessario presupposto della denuncia degli aborti, che deve esser fatta esclusivamente dai medici, è che questi ultimi siano sempre tempestivamente avvertiti anche di quei casi di aborto che cadono inizialmente sotto l'osservazione delle levatrici. A tale scopo l'art. 10 della citata legge 23 giugno 1927 dispone che la levatrice ricorra all'opera del medico non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio riscontri qualche fatto irregolare. Essa deve perciò rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera, alla quale presti la sua assistenza. Da tale obbligo di legge si deduce che non solo le levatrici non sono autorizzate di loro iniziativa ad interrompere la gravidanza (neppure se tale intervento appaia necessario nell'interesse della salute della donna), ma che debbono ricorrere all'opera del medico ogni volta che dall'esame della gestante si accorgano di qualche fenomeno che faccia prevedere la possibilità di un aborto spontaneo.

In esecuzione del citato articolo è stato emanato il R. decreto 6 decembre 1928, n. 3318, che approva il regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici; le più importanti disposizioni in esso contenute riguardano:

a) il divieto di praticare operazioni che richiedano l'uso di strumenti chirurgici e di praticare operazioni manuali sul feto nell'utero. Le istruzioni in corso di preparazione indicheranno le manualità consentite in casi di urgenza;

b) l'obbligo di controllare la temperatura della puerpera e di ricorrere al medico quando questa superi i 38 gradi centigradi, e, mancando il medico, di farne denunzia al podestà e all'ufficiale sanitario;

c) l'obbligo di dare avviso all'ufficiale sanitario delle cure prestate a donne colpite da processo infettivo puerperale e di attenersi alle prescrizioni del suddetto funzionario per le relative cautele profilattiche;

d) l'obbligo di tenere separati registri dei parti e degli aborti, da presentarsi, alla fine di ciascun mese, all'ufficiale sanitario per il visto. Alla fine di ciascun trimestre inoltre la levatrice deve consegnare i due registri all'ufficiale sanitario, il quale trasmette il registro degli aborti al medico provinciale e trattiene l'altro. Il contenuto dei due registri deve rimanere segreto. Questa disposizione integra quella relativa all'obbligo della denunzia degli aborti ed offre modo alle autorità sanitarie di esercitare un efficace controllo e di scoprire eventuali violazioni delle norme di legge.

Esercizio di case di cura medico-chirurgica, assistenza ostetrica, ecc. È noto che talvolta le cosidette « pensioni per gestanti » sono i luoghi dove, sotto la discreta apparenza di un'assistenza curativa, si compiono atti illeciti a fine di interrompere la gravidanza. Molto opportunamente perciò l'art. 13 della legge 23 giugno 1927, che ha sostituito l'art. 65 del Testo Unico delle leggi sanitarie, sancisce l'obbligo dell'autorizzazione prefettizia per aprire e mantenere in esercizio ambulatori o case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, ecc. Il prefetto ha anche facoltà di chiudere detti locali quando risultino sprovvisti di autorizzazione o quando vi si constatino altre irregolarità.

L'art. 2 del regolamento 6 decembre 1928, n. 3112, che sostituisce l'art. 83 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45, stabilisce che ognuno degli istituti di cura di cui all'art. 13 della legge abbia un dottore in medicina e chirurgia, che ne assume la direzione tecnica, e fa obbligo alle case o pensioni per gestanti di tenere i registri dei parti e degli aborti prescritti dal regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici.

È ovvio che rientra fra le attribuzioni dell'ufficiale sanitario il vigilare affinchè gli istituti del genere, esistenti nel Comune, siano debitamente autorizzati e funzionino a norma del regolamento.

Registrazione dei presidî medici e chirurgici. La legge più volte citata (art. 11) fa divieto di mettere in commercio, senza una speciale registrazione da parte del Ministero dell'interno, alcuni presidi medici e chirurgici. I presidi che sinora sono stati sottoposti a registrazione (regolamento 6 decembre 1928) sono: i pessari; gli irrigatori, doccie, siringhe, iusufflatori vaginali; le cannule vaginali; i disinfettanti e le sostanze poste in commercio come battericide e germicide; gli apparecchi di contenzione di ernie intestinali o di organi addominali. La registrazione è negata quando i presidi medici e chirurgici vantino o siano ad essi attribuite proprietà anticoncezionali o intese a interrompere o a turbare il corso fisiologico della gravidanza, ovvero proprietà od effetti che rechino in qualsiasi modo offesa alla morale e al buon costume. È pure negata quando a detti presidi sono attribuiti effetti preventivi o terapeutici speciali contro il cancro, la tubercolosi, il lupus, l'impotenza, la sordità, le ernie intestinali ed altre malattie, che verranno determinate con decreto del Ministero dell'interno, sentito il Consiglio superiore di sanità.

Efficace complemento di queste norme è il disposto dell'art. 16 della legge, che sottopone a licenza del prefetto la divulgazione, a mezzo della stampa o in qualsiasi altro modo, di

mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie o di specialità medicinali, e di presidi medici e chirurgici, ovvero di ambulatori, case di cura, pensioni per gestanti, ecc. Parimente la legge ed il regolamento sulle specialità medicinali (art. 2 del R. decreto-legge 7 agosto 1925, n. 1732, e art. 3 del regolamento 3 marzo 1927, n. 478) vietano la registrazione e quindi la vendita delle specialità medicinali che abbiano, od alle quali si attribuiscano, proprietà anticoncezionali o intese a turbare il corso fisiologico della gravidanza o ad arrecare, comunque, offesa alla morale e al buon costume.

Come appare evidente, le disposizioni di legge delle quali abbiamo fatto cenno, che sono accompagnate anche da severe sanzioni penali, costituiscono un complesso organico di provvedimenti intesi ad un fine ben determinato. Essi mirano infatti a rendere sempre più grave la responsabilità di quei sanitari che, dimentichi dei propri alti doveri, favorissero in qualche modo la delittuosa pratica del procurato aborto, e tendono a combattere così la diffusione di questa dolorosa piaga sociale, come la propaganda per la limitazione della prole. A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'acetato di tallio come depilatorio. — Al dott. N. d'O., da A.:

L'acetato di tallio non è sempre sicuramente innocuo e si registra qualche caso mortale dopo il suo uso che va perciò limitato a fanciulli impuberi, di peso non superiore a 35 kg. ed in cui non si riscontrino disendocrinie patenti od, in generale, notevoli alterazioni dello stato di salute.

La dose media è di 7-9 milligr. per kg. di peso corporeo, sciolti in acqua zuccherata, e va somministrata in una volta sola.

V. MONTESANO.

Tinture per capelli. — All'abb. n. 4544:

Le tinture per capelli e specialmente quelle a base di parafenilendiamina, sono tutte più o meno nocive per la pelle, su cui possono provocare dermatiti talvolta gravi. Le meno pericolose sono le tinture preparate con acido pirogallico o con nitrato di argento, ma occorre sempre tener conto della sensibilità individuale. È bene diffidare delle lozioni in commercio.

V. MONTESANO.

Al dott. S. A.:

BORDIER: *Diathermie et Diathermothérapie.* Parigi, Baillière. In italiano viene pubblicata la 2ª edizione del KOWARSCHIK tradotto da VIDALE e CHIOZZI (lire 35), quello di BORDIER (tre volte tanto circa).

E. MILANI.

VARIA.

La prolificità delle classi povere.

Il prof. J. Wolf economista di Berlino, ha studiato la progressiva diminuzione delle nascite tra il così detto proletariato. In Germania l'indice di natalità tra le classi povere è ancora superiore a quello delle classi agiate, ma negli ultimi quindici anni è andato diminuendo, sia in senso assoluto che relativo, più rapidamente che nelle classi ricche.

Alcune cifre mostrano chiaramente l'andamento del fenomeno; l'indice di natalità tra le classi agiate di Dresda nel 1905 oscillava tra 15,8 e 16,3 (per 1000 abitanti); nel 1925 l'indice medesimo nei quartieri più poveri della città si trova al di sotto di quella cifra, e cioè tra 12,8 e 13,6. In Chemnitz nel 1907 le classi agiate avevano come indice di natalità 21,5 mentre nel 1926 quello delle classi povere è sceso a 17,35. Per la città di Stuttgarda si ha: nel 1922, classi agiate indice di n. 13,1-13,6; nel 1926 tra la popolazione delle classi più povere, indice di n. 12,3-13,9. Amburgo nel 1910 dava: classi agiate 11,1-13,6 e nel 1926 classi più povere: 11,9-15,2.

Nel giro di pochi anni dunque le classi povere, una volta assai più prolifiche delle agiate, sono discese ad un indice di natalità inferiore a quello tenuto pochi anni prima dalle classi ricche.

Qualche cosa di simile troviamo, sempre nello studio del Wolf, per altre grandi città fuori della Germania. Stocolma nel 1911 dava come indice di natalità tra le classi agiate 17,1; nel 1926 troviamo tra le più povere 12,1; per Oslo tra le prime si ha 17,9 nel 1910, e tra le classi povere si è scesi a 15,2 nel 1926; per Zurigo: nel 1908 indice di natalità tra le classi agiate 17,45; nel 1926 tra le classi povere l'indice oscilla tra 14,6 e 16,9; Praga nel 1910 ha 14,5 tra le classi più ricche, mentre nel 1926 ha 14,2 nei quartieri poveri.

Per Londra si è osservato che l'indice di natalità presentato dai quartieri più poveri era sceso quasi alla stessa cifra di quello rilevato soltanto sei anni prima tra le classi più ricche.

Secondo Wolf queste cifre dimostrano che la prolificità delle classi più povere non sarebbe che un fatto episodico ormai sorpassato. Naturalmente questi dati hanno valore per la Germania.

(*The Journal of the A. M. A*, n. 18, 1929).

A. C.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

P. CAPASSO. *La scienza alla difesa del lavoro umano.* — Pensiero Sanitario, Napoli, 1929.

G. GRECO. *Un caso atifico di « tumor mediastini ».* — Rinasc. Medica, Napoli, 1929.

G. GHETTI. *Su di un caso di pseudotubercolosi da Spirocheto bronchiale del Castellani.* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

P. GALLI. *In memoria del prof. U. Biffi-Gentili.* — Stab. Grafico Lega, Faenza, 1929.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'organizzazione ospitaliera.

Ci è grato di riportare integralmente da Realtà *(1° novembre 1929) il seguente articolo.*

Gli ospedali, che giustamente consideriamo come alta e tangibile prova di fratellanza e solidarietà umana, sono andati in questi ultimi anni — seguendo da vicino il progresso scientifico — ordinandosi e attrezzandosi in modo da poter offrire agli ammalati tutte le migliori risorse dell'arte curativa. Si può dire che essi sono divenuti delle officine nelle quali l'organismo umano, colpito da avaria, viene restaurato e rimesso in efficienza.

Così concepiti, essi compiono una funzione sociale di prim'ordine, e si può dire provvedano a un vero e proprio servizio pubblico, che una superiore visione politica assegnerebbe senz'altro allo Stato, accanto ai vari altri servizi pubblici che questo si è, per necessità, assunti. Gli Stati però hanno tutti preferito lasciare questo compito all'iniziativa privata, sorretta dalla beneficenza. Rimane a vedere se questa, che ha certamente compiuto opera meravigliosa, risponda in modo ineccepibile al bisogno, sia dal punto di vista umanitario che da quello sociale.

Intanto, per il fatto di avere la beneficenza un'azione essenzialmente locale, accade che estese zone di territorio, nelle quali la munificenza di principi in passato o di ricchi cittadini nell'epoca presente non ha provveduto, siano prive o insufficientemente fornite di ospedali. In Italia ad esempio, mentre è disponibile un letto ospedaliero ogni 400 abitanti nel Settentrione, si ha nelle provincie meridionali una disponibilità assai minore (fino a un letto per 2700 abitanti in Calabria).

In Italia l'autorità statale ha mostrato finora il suo interessamento unicamente nei riguardi amministrativi, comprendendo colla legge Crispi sulle Opere Pie, in un sol fascio gli ospedali colle Congregazioni di carità, i ricoveri di mendicità, gli istituti per corrigendi, ecc.

Della funzione specifica degli ospedali: quella di curare gli ammalati, lo Stato non si è minimamente occupato, neppure per ottenere, mediante una regolamentazione generale e una conveniente coordinazione, che questi istituti si ponessero in grado di raggiungere effettivamente e nel modo più proficuo, i fini loro. Perciò accade che ognuno dei 1500 ospedali esistenti in Italia agisce con criteri particolari, in ottemperanza talora a disposizioni statutarie non più rispondenti ai tempi. Basti dire che, per attenersi allo statuto, alcuni ospedali dovrebbero respingere non solo i tubercolosi, e i venerei, ma perfino le partorienti, e che in un piccolo ospedale della provincia di Varese l'accettazione degli ammalati è devoluta, per statuto, non già al medico-direttore, ma al parroco!

Intanto, una condizione che nuoce al buon funzionamento degli ospedali consiste nell'essere in molti di essi la direzione, invece che ad un sanitario, affidata a un direttore amministrativo (avvocato, ragioniere, sacerdote, ecc.). Ora, se si considera che l'ospedale, in quanto ha il compito di curare degli ammalati, è un istituto nel quale la funzione tecnica domina di gran lunga su quella amministrativa, non può non apparire assurdo simile ordinamento, che a nessuno mai verrebbe in mente di applicare a una azienda industriale o commerciale. Del resto la legge ha già opportunamente provveduto in tal senso per gli ospedali militari e per i manicomi e non vi è ragione che altrettanto non si verifichi per gli ospedali civili, i quali sono in numero ben maggiore e interessano una parte assai più cospicua di popolazione.

La competenza tecnica della direzione è infatti indispensabile non solo per il regolare funzionamento dell'istituto dal punto di vista della disciplina e del coordinamento dell'attività dei vari sanitari, ma anche perchè alla direzione spetta prevedere i possibili futuri sviluppi dell'istituto e determinare, con una superiore visione, i necessari provvedimenti. Perchè l'ospedale non è già un *quid* statico il quale — raggiunta una data consistenza — debba vivere sempre la stessa vita, in modo uniforme, ma è una entità in continua, indefinita evoluzione, in rapporto a due fattori essenziali; i progressi della scienza e dell'arte del curare, e le giustamente sempre crescenti esigenze degli ammalati in fatto di assistenza sanitaria, indice questo di un maggior grado di civiltà, in quanto deriva da una miglior valutazione della salute e dell'integrità fisica nei riguardi non solo individuali, ma anche familiari e sociali.

La direzione medica deve godere, presso la amministrazione, fiducia e autorità, e ai sanitari tutti dev'essere riservato un trattamento economico e morale equo e soddisfacente, senza di che l'ospedale non può sperare di accaparrare per sè le migliori competenze professionali. Considerazione questa che vale in modo particolare per gli ospedali di provincia, per servire i quali i sanitari debbono abbandonare i centri di lavoro e di studio dove hanno compiuta la loro preparazione, rinunciare alle attrattive di vita sociale e intellettuale di una grande città, e talora anche alla prospettiva di una carriera scientifica. Tanto più che sull'opera di sanitari valenti gli ospedali tutti, ma in modo precipuo quelli di provincia, debbono fare assegnamento per superare le difficoltà economiche in cui essi si trovano.

Gli ospedali, infatti, salvo pochissimi dotati di patrimoni considerevoli, non hanno oggi redditi patrimoniali sufficienti a sopperire alle spese che incontrano per la cura degli ammalati colle modalità e nella misura imposte dalle moderne esigenze della assistenza sanitaria (la cura ospedaliera è sempre maggiormente ricercata come la più completa e la meglio atta a restituire gli individui alla produzione).

Quello che bastava forse nel periodo prebellico, quando il costo di un ammalato si aggirava intorno alle 2-3 lire al giorno, non è più sufficiente oggi che — a parte il maggior numero di spedalizzazioni — il costo di un ammalato, in dipendenza della svalutazione della moneta, del caro-vita, delle maggiori spese per impianto ed esercizio di apparati diagnostici e curativi speciali, per rimedi costosi e pur necessari, è salito a cifre che variano da 15 a 25 e più lire al giorno.

Data l'importanza e il carattere continuativo del fabbisogno, sarebbe illusorio fare assegnamento soltanto sulla beneficenza privata la quale è, per sua natura, incerta e saltuaria. E qualora l'ospedale dovesse farvi ricorso, verrebbe ad assorbire tutte o quasi le disponibilità della beneficenza cittadina, danneggiando le numerose altre istituzioni assistenziali, anch'esse necessarie, le quali non hanno, come ha l'ospedale, la possibilità di procurarsi altrimenti i mezzi necessari all'esistenza e al funzionamento.

In queste parole è racchiuso — a mio avviso — il programma, l'indirizzo di un ospedale moderno.

Premesso, come affermazione di principio, che il patrimonio dell'ospedale è proprietà dei poveri, e che a loro vantaggio vanno devoluti i frutti del medesimo, non sarebbe però giusto che i mezzi di cura (compresa tra questi l'organizzazione sanitaria) di cui l'ospedale dispone fossero riservati ai poveri: altrimenti si arriverebbe a questo assurdo, che i ricchi, dalla beneficenza dei quali l'ospedale ha avuto i mezzi per sorgere, e da cui trae quotidianamente linfa per l'esistenza, si troverebbero, rispetto ai poveri, in condizioni di inferiorità quando abbiano bisogno di curarsi, non essendo loro possibile — almeno in provincia — scegliere altri sanitari o altri luoghi di cura all'infuori dell'ospedale e, quando anche questo fosse possibile, non essendo gli istituti privati in grado di dare affidamento pari all'ospedale sia per la completezza dell'arredamento diagnostico e terapeutico, sia per la competenza dei sanitari, scelti per pubblico concorso, sia in linea morale, per essere esclusa la speculazione e per il controllo continuo a cui l'opera dei sanitari va soggetta.

Gli ospedali devono quindi essere dei luoghi di cura quanto più è possibile perfetti, a disposizione di tutti i cittadini, naturalmente a condizioni gratuite per i poveri, a pagamento per gli abbienti.

Col pagamento della diaria (stabilita in misura tale da compensare con una certa larghezza le spese effettivamente incontrate dall'ospedale per la fornitura dell'alloggio, vitto e servizio), nonchè delle tasse per l'uso della sala operatoria, di impianti diagnostici o curativi, ecc., l'ospedale ritrae dagli abbienti, in compenso delle prestazioni effettuate, un utile, alla stessa stregua di una casa privata.

Si potrebbe quasi dire che i poveri, in luogo di vivere di rendita (ossia dei soli redditi patrimoniali), gestiscano — pel tramite della loro oculata amministrazione — una casa di cura per abbienti, ritraendone proventi i quali, sopperendo all'insufficienza dei redditi patrimoniali, permettono loro di curarsi gratuitamente.

La dimostrazione della giustezza e del valore pratico di queste vedute è data dalla constatazione che ospedali forniti di scarse risorse patrimoniali hanno così risolto il ponderoso problema dei mezzi di gestione, fino a riuscire a chiudere i bilanci con un attivo sufficiente a coprire le spese per manutenzione degli immobili, rifornimenti di apparecchi, strumenti, ecc., riservando i proventi di lasciti e della ordinaria beneficenza ad ampliamenti, impianti di nuovi servizi, ecc. Ma l'indirizzo sopra tracciato non ha soltanto riflessi finanziari. Il fatto di convenire e poveri e ricchi nel medesimo istituto di cura, per essere assistiti dai medesimi sanitari, con uguale premura e con gli stessi mezzi terapeutici, ha indubbiamente una portata morale e politica della quale va tenuto debito conto.

Un'altra questione riguarda il numero e la importanza degli ospedali. Gli ospedali, per essere degni di tal nome, inteso nel senso moderno di istituti di cura, devono essere forniti di tutti gli attrezzamenti diagnostici e curativi, e di sanitari capaci, e sufficienti per numero, a provvedere al trattamento di qualsiasi forma morbosa. Devono inoltre, come abbiamo detto, essere o divenire degli organismi economicamente vitali, capaci di procurarsi i mezzi di esistenza.

Perchè ciò avvenga, è necessario che gli ospedali non siano, in una determinata plaga, troppo numerosi. Molti ospedali piccoli sono un errore, perchè necessariamente incompleti per mezzi di cura o per organizzazione sanitaria. Non si tratta infatti di fornire all'ammalato un ricovero e le prestazioni di un medico generico, ma di fargli trovare tutte le cure atte a salvargli l'esistenza o a rimetterlo in efficienza produttiva nel più breve termine possibile. Donde la necessità che l'ospedale disponga non soltanto del medico, ma del chirurgo e dei competenti per le principali specialità.

Date le odierne possibilità di rapido trasporto mediante automezzi, è molto meglio per un ammalato percorrere 10-15 chilometri per arrivare a un ospedale dove è sicuro di

trovare un tempestivo e completo soccorso, piuttosto che avere l'ospedale, per così dire, alle porte di casa e trovarvi appena il ricovero o poco più.

È illusorio e pernicioso il ripiego adottato da taluni di questi piccoli ospedali, di far intervenire il chirurgo da centri più o meno lontani, per gli atti operativi. La chirurgia infatti non consiste tutta nell'esecuzione di interventi operativi: si può anzi dire che su questa mansione precipuamente manuale predomina quella essenzialmente cerebrale dello studio dell'ammalato per stabilire, dopo una precisa diagnosi, l'indicazione curativa e la prognosi. Se si aggiunge che il decorso post-operatorio presenta talora difficoltà e responsabilità maggiori dell'atto operativo, e che in casi urgenti può riuscire fatale un ritardo nella decisione e nell'intervento, non può non apparire evidente la necessità che il chirurgo sia permanentemente in sede, per poter provvedere in tempo a ogni evenienza.

I piccoli ospedali poi, per l'esiguità del territorio di loro competenza e quindi del materiale clinico, non sono in grado di assumere un'importanza morale ed economica tale da soddisfare e invogliare a concorrervi dei sanitari di valore. Conseguentemente viene loro a mancare la possibilità di attuare una gestione redditizia nel senso da noi indicato e quindi, anche nel caso che dispongano di risorse patrimoniali o trovino nella beneficenza mezzi sufficienti, non possono dare un rendimento sanitario adeguato alla spesa, e riescono, come tutte le industrie passive, di danno all'economia nazionale.

I fatti e le considerazioni succintamente esposti valgono a dare un'idea dell'esistenza di un problema ospedaliero e della sua importanza. Problema al quale è necessario si interessi ormai lo Stato, non nel senso di una soluzione radicale quale sarebbe l'avocazione a sè dell'assistenza ospedaliera, perchè tale provvedimento segnerebbe la fine della beneficenza privata e avrebbe tutti gli inconvenienti di un servizio di Stato, pesante per gli immancabili inceppi burocratici e costoso, ma almeno con una regolamentazione generale e con disposizioni coordinative, che valgano a disciplinare il funzionamento degli ospedali dal punto di vista della loro specifica funzione tecnica, che la legge per ora mostra di ignorare completamente.

Dell'argomento sta occupandosi attivamente il Direttorio Nazionale dei Dipendenti Opere Pie, in seno all'Associazione Nazionale del Pubblico Impiego, ed è sperabile che l'autorità governativa abbia a prendere interesse agli studi e alle proposte che le verranno presentate, in considerazione dell'importanza sociale dei provvedimenti reclamati.

GIUSEPPE SOLARO
del Rotary di Varese.

Sul progetto di riforma del sistema ospedaliero.

Un progetto di riforma del sistema ospitaliero è prospettato in un volume di recente pubblicazione: « La provincia di Milano e la questione ospitaliera » dell'avv. Sileno Fabbri, che a tale riguardo ha fatto, al corrispondente milanese de *La Tribuna*, le seguenti dichiarazioni:

« Una legge fondamentale a questo riguardo dovrebbe innanzi tutto contemplare un riordinamento tecnico che ponga tutte le provincie d'Italia nella condizione di usufruire di un trattamento equivalente in materia di assistenza sanitaria e più specialmente di assistenza ospitaliera. Dovrebbe, poi, stabilire l'assegnazione alle provincie non semplicemente delle funzioni che la legge già loro assegna nel campo della profilassi igienica e della sanità, ma altresì di una funzione totalitaria nel campo dell'assistenza sanitaria in genere, tenuto conto che la provincia ha nei quadri dell'ordinamento amministrativo una funzione sociale mentre il Comune ha una funzione economica. Infine, contenere disposizioni di carattere finanziario atte a creare la fonte dei mezzi indispensabili per la realizzazione della riforma non essendo ammissibile che una grande Nazione come l'Italia affidi, ad esempio, un'alta e delicata funzione sociale quale è quella degli ospedali unicamente alla carità privata. L'ordinamento tecnico dell'assistenza sanitaria agli ammalati poveri dovrebbe risultare dal concorso di tre istituti: assistenza domiciliare, assistenza ospedaliera, assistenza integrativa ».

Accennando, infine, al problema del finanziamento, l'avv. Fabbri ha detto che esso potrebbe essere risolto in un primo tempo mettendo a disposizione delle provincie le rendite del patrimonio delle Opere Pie riguardanti l'assistenza ospedaliera, nonchè l'importo delle spese di spedalità che si presume debbano annualmente essere rimborsate agli ospedali in 212 milioni di lire; in un secondo tempo facendo entrare in funzione l'assicurazione generale contro tutte le malattie che la disposizione 27ª della Carta del Lavoro prevede.

Per la lotta contro la tubercolosi.

La Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ci comunica:

Il Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi nella sua ultima riunione in Roma ha preso atto con vivo compiacimento delle rigorose disposizioni impartite dalla Sanità Pubblica per reprimere il ciarlatanismo della cura della tubercolosi ed ha invocato che anche in Italia il Governo Nazionale applichi il provvedimento già in vigore presso le altre Nazioni, che l'Ordine dei Medici cancelli senz'altro dall'albo professionale il sanitario che rilascia certificati di comodo destinati alla pubblicità dei farmaci sui giornali.

Il Consiglio medesimo richiama l'attenzione del pubblico sulla verità acquistata dalla scienza, che non è nota presentemente alcuna sostanza medicamentosa che valga a distruggere il germe della tubercolosi nei tessuti dell'organismo.

Illusorie sono quindi le affermazioni di alcuni esimibili medici o non medici, in buona od in mala fede, che prospettano miracolosi rimedi specifici antitubercolari, poichè la lotta contro le malattie tubercolari si impernia ancora, come mezzo più sicuro, sul trattamento igienico dietetico sanatoriale e nei casi indicati sulle applicazioni pneumotoraciche e chirurgiche in genere.

Cronaca del movimento professionale.

Gli orfani dei medici morti in guerra.

Fra giorni saranno assegnate le borse di studio per l'anno 1929-1930 ai 58 orfani che la classe medica, sostituendosi ai colleghi caduti per la Patria, assisterà fino alla laurea. Oltre questi 58 orfani altri sei sono stati accolti da due anni dall'Opera Pia degli Orfani Sanitari in Perugia ove resteranno a completo carico dell'Opera stesso, fino a complemento degli studi. L'Opera di Perugia non può accogliere altri come sarebbe desiderio suo, perchè questa piccola schiera di 58 è formata da figli unici che sono di aiuto alla madre, di giovinetti che hanno più di 13 anni, di malaticci, di studenti universitari, tutte condizioni che non consentono l'ammissione in quel magnifico Istituto in Perugia. Perciò il Comitato di assistenza degli Orfani dei Medici prega tutti i presidenti degli Ordini a voler inviare la quota annuale alla Segreteria (Sanatorio Militare di Anzio) che fu fissata di almeno L. 3 annue per ogni iscritto all'albo. Data la veramente modestissima quota, e la nobiltà sacrosanta dell'Opera, si deve ritenere che nessuno debba mancare all'appello.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore Sezione Medico-Micrografica Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi; scad. 15 gen.; v. N. 49.

BARI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario Consorzio Modugno-Bitritto; scad. 30 dic.; v. N. 49.

BORGOVERCELLI (*Vercelli*). — Abitanti 2800, senza frazioni. Comodità treni e tramvia. Stipendio L. 7000 per poveri 300 circa. Condotta unica. Richiedere avviso concorso al Comune.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Reggente per il Reparto Otorinolaringoiatria; a ore 16 del 10 gen.; età lim. 40 (45) a. al 1° dic.; doc. anter. al 30 sett.; L. 5225; nom. biennale; conferme quinquennali fino a 60 a. di età.

IMPERIA. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi; L. 17.500 aumentabili a L. 25.000 oltre indenn. serv. attivo L. 4700 elevabili a L. 7000 come impiegati di grado 7° con promozione al 6°; titoli ed esami; c.-v.; età lim. 45 a.; schiarimenti dalla Segreteria Generale. È pure aperto il concorso ad assistente della Sezione Chimica. Scad. ore 20 del 20 genn.

LAUREANA CILENTO (*Salerno*). — L. 7000; indennità ed aumenti di legge. Scad. 30 gen.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Chirurgo dirigente la Sez. Meccanoterapica Francesco Ponti dell'Ospedale Maggiore; scad. 31 gen.; v. N. 49.

MODENA. — 5° Reparto; L. 9000 oltre L. 1000 indenn. carica; c.-v., 3 trienni e 2 quinquenni dec., assicur. ecc.; età lim. 35 a.; scad. ore 17 del 31 dic.

MONTEPULCIANO (*Siena*). *Regi Ospedali Riuniti di S. Cristofano.* — Direttore sanitario e chirurgo operatore; proroga a tutto 19 dic. Servizio con condotta residenziale nel Comune di Montepulciano. Esonero dal servizio nel Brefotrofio. La libera docenza e i titoli di ostetricia e ginecologia non formeranno più oggetto di speciale considerazione.

NAPOLI. *Alto Commissariato per la Provincia.* — È revocato il concorso ad ufficiale sanitario di Roccamonfina.

OSTIANO (*Cremona*). *Congregaz. di Carità.* — Consorzio con l'ex comune di Gabbioneta. Medico chirurgo, cui è affidato l'Ospedale Civile; lire 11.000 oltre L. 300 uff. san., c.-v., L. 3000 trasp., aumenti fino al 50 % dopo 20 anni di servizio. Scad. 31 dic.

PONTECCHIO POLESINE (*Rovigo*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000. Aum. quadrien. del decimo per 5 volte. Indenn. servizio ufficiale sanitario L. 500. Caro viveri di legge e sino alla conservazione. Indennità trasporto L. 3000 (cavallo); L. 1500 (motoc.); L. 1000 (bicicletta). Alloggio in una casa comunale contro tenue fitto. Età massima anni 35. Documenti di rito. Tassa

L. 50,10. Scadenza 26 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi Segreteria Comunale.

ROMA. *Cassa di Assicurazione per le Malattie e per l'Assistenza della Gente di Mare e dell'Aria.* — Dodici posti di medico direttore dei Dispensari antivenerei nei porti; assegni annui da L. 5000 a L. 12.000; 2-4 ore di ambulatorio al giorno in due turni; età limite 45 a.; doc. a 3 mesi dalla scad. Chied. annunzio. Rivolgersi alla sede centrale (Corso Vitt. Em. 39). Scad. 20 dic. (*Nota*: L'annunzio ci è pervenuto il 4 dic.; non più in tempo per dare notizia del concorso nel N. 49).

UDINE. — Scad. 28 dic.; v. N. 48.

Avvertenza. — **Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.**

Per riorganizzazione servizi sanitari Casa salute importante centro Lazio cercasi 1° gennaio 1930:

1) medico, possibilmente già aiuto o assistente Ospedali Roma, pratico laboratorio, per servizio interno Casa di Cura nella mattinata; libertà servizio esterno ore pomeriggio. Stipendio L. 1000 mensili, cointeressenza assistenza chirurgica;

2) dentista stabile, condizioni da convenirsi;

3) consulente per radiologia, una volta la settimana, condizioni da convenirsi;

4) consulente per oculistica, orecchio, naso, gola, una volta la settimana, condizioni da convenirsi.

Rivolgersi: Sig. Campanelli - Roma, via Sistina, 143.

CONCORSI A PREMI.

Rivendicazioni scientifiche italiane.

La « Rivista di Terapia Moderna » metterà a disposizione altre L. 10.000 di premi pei libri medici che siano giudicati fatti con maggiore spirito di « italianità ».

Sarà inviato in omaggio la raccolta dei lavori premiati nel Concorso « Rivendicazioni » a tutti i medici che la richieggano a « Rivista di Terapia Moderna », via Vallazze, 39, Milano; escluso però il libro del prof. Peri: « Medicina del Lavoro - Disciplina italica », che è in vendita in tutta Italia al prezzo di L. 10, a totale beneficio degli Orfani dei Medici caduti in guerra.

Premio Baccelli
di Fondazione dell'Ist. Naz. med.-farm. in Roma.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso a un Premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 2) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui sopra, al Rettore della Università, non più tardi del 15 gennaio 1930. Alle istanze stesse debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luigi Ferrannini è stato chiamato alla direzione della Clinica medica della R. Università di Catania, in sostituzione del prof. Maurizio Ascoli, chiamato a Palermo.

Allo stesso prof. Ferrannini è stato assegnato — dall'apposita Commissione della Facoltà Medica di Roma — il premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro.

Rallegramenti cordiali.

Il Re dei Belgi ha conferito al dott. Broden, direttore della Scuola di Medicina Tropicale di Bruxelles, la nomina di cavaliere dell'Ordine della Stella Africana. È la più alta distinzione coloniale del Belgio, destinata a compensare « meriti assolutamente eccezionali ».

Alla Facoltà Medica di Baltimora sono nominati i proff.: C. A. Clapp di clinica oftalmologica (al posto del prof. H. Friedenwald, dichiarato emerito); C. R. Edwards di clinica chirurgica; C. L. Joslin di clinica pediatrica; R. W. Johnson *jr.* di chirurgia ortopedica.

Il prof. B. B. Davis è nominato direttore dell'Istituto di Clinica chirurgica dell'Università della Nebraska (al posto del prof. A. F. Jonas, dichiarato emerito).

Il prof. C. Jackson ha lasciato il « Jefferson Medical College » per accettare la cattedra di broncoscopia ed esofagoscopia offertagli dalla Scuola Medica della « Temple University » di Filadelfia; per questa cattedra è in costruzione un grandioso istituto, che costerà circa 30 milioni di lire it. Alla stessa Università sono nominati i proff.: A. E. Livingston di farmacologia; N. W. Winkelman di neurologia; M. S. Ersner di otologia; W. C. Pritchard di istologia ed embriologia; T. Klein di terapia applicata.

Il dott. Robert A. Strong è nominato professore di Clinica pediatrica all'Università Tulane di New Orleans.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Riunione al Centro per lo studio dei tumori.

La quinta riunione del 1929 ha avuto luogo il 24 novembre ed è riuscita assai interessante per l'importanza degli argomenti svolti e per la discussione cui parteciparono i più insigni rappresentanti della medicina torinese.

Il prof. Benedetto Morpurgo svolse per primo la sua comunicazione sulla « Fibrosi cistica della mammella e cancro » dimostrando come la fibrosi cistica debba ritenersi derivante da ghiandole sudoripare aberranti e sia molto affine per la sua natura ai tumori veri e propri, mentre i fenomeni colla parvenza infiammatoria che talora presenta devono ritenersi come sovrapposti e secondari per una predisposizione del tessuto. Egli consiglia senz'altro l'asportazione completa del tessuto, sede di fibrosi cistica e di condurre l'operazione come se si trattasse di un tumore maligno al quale frequentemente la fibrosi cistica può dar luogo.

Il prof. A. Salotti svolse la sua comunicazione con proiezioni su « I segni radiologici precoci del carcinoma gastrico » mostrando belle radiografie eseguite coi nuovi metodi per mettere in evidenza le pliche dello stomaco e insistendo sulla necessità di ricerche radiologiche lunghe e pazienti e sulla collaborazione del clinico col radiologo. Tale comunicazione sollevò un'interessante discussione. Il prof. Bertolotti prese per primo la parola insistendo sul concetto che i segni radiologici che danno la certezza dell'esistenza di un cancro dello stomaco compaiono purtroppo tardivamente e solo in rari casi permettono la diagnosi di tumori di piccolo volume. Ricordò, a questo proposito, interessanti casi personali. Di fronte a questi segni di certezza vi sono frequentemente condizioni in cui la presenza del cancro può essere solo sospettata e confessò che la diagnosi precoce del cancro nello stomaco è uno dei quesiti più difficili della radiologia. Il prof. Donati svolse il concetto che l'indirizzo odierno del medico e del chirurgo nella lotta contro il cancro, per quanto riguarda il cancro dello stomaco, dev'essere quello di far operare e di operare anche i casi nei quali la diagnosi di cancro dello stomaco non può essere sicura ma solo fondatamente sospettata, ammettendo che sia preferibile fare una laparatomia esplorativa inutile piuttosto che lasciar passare il momento utile per un'operazione di asportazione del tumore.

Il prof. Micheli svolse l'indirizzo eminentemente clinico, sussidiato però da tutti gli esami più accurati compresi diligenti ed eventualmente più volte ripetuti esami radiologici, che si deve seguire per arrivare ad una diagnosi per quanto possibile precoce del cancro dello stomaco, dimostrando come sia assai irrazionale fare esami radiologici affrettati o solo radioscopici. Riconobbe che per ora si può calcolare che solo il 20 % degli ammalati arrivi al chirurgo in condizioni di operabilità. Parlò quindi della diagnosi clinica differenziale tra cancro dello stomaco e certe forme di gastriti con anacloridria illustrate, anche recentemente da Allodi nella sua scuola. Tali gastriti possono avere un decorso a recidive ed egli non crede che siano senz'altro da ritenersi come una specie di affezione precancerosa, come vorrebbero alcuni autori recenti.

Il prof. M. Dogliotti svolse la sua relazione sugli « Aspetti attuali della lotta contro il cancro negli Stati Uniti d'America », aspetti che ha potuto constatare in un suo recente soggiorno negli Stati Uniti. Parlò dell'organizzazione per la diagnosi precoce basata su una propaganda presso il pubblico svolta a mezzo di piccoli articoli sui giornali, pellicole cinematografiche, distribuzione di piccoli opuscoli, comunicazioni con la radio e a mezzo di una propaganda presso i medici tenuti al corrente a mezzo di opuscoli e di comunicazioni, di tutto ciò che può interessare la diagnosi e la cura precoce. Parlò quindi della cura che ha, in America, un indirizzo quasi esclusivamente chirurgico, benchè si facciano anche, più o meno largamente, applicazioni di radio e raggi X prima e dopo l'operazione. Le cure di radium e raggi X tengono un posto importante solo nella cura del cancro del collo dell'utero. La chirurgia ha in America una larga applicazione a scopo preventivo anche in tutte quelle affezioni non neoplastiche che sono però ritenute favorire facilmente l'insediarsi di neoplasie maligne. Nella sala operatoria abitualmente funziona un organizzazione per l'esame estemporaneo dei pezzi al congelatore. Nella discussione prese per primo la parola il prof. Morpurgo il quale si disse fondamentalmente contrario ad una propaganda popolare contro il cancro che finirebbe col destare spesso preoccupazioni e timori probabilmente non compensati da effettivi vantaggi; egli crede che la propaganda si deva fare esclusivamente tra i medici. Non crede neppure che la biopsia al congelatore nei casi dubbi porti a reali vantaggi. Il prof. Uffreduzzi ritiene invece che una certa propaganda nel pubblico sia utile per la diagnosi precoce e ritiene possibile che si possa effettuarla senza allarmare.

Il prof. Micheli ritiene che una certa divulgazione di alcune nozioni sulla diagnosi precoce sia divenuta necessaria considerando che si può dire che vada scomparendo la figura del medico di famiglia che pure potrebbe fare l'opera più utile a vantaggio della diagnosi precoce del cancro.

Il segretario prof. Pietra disse quanto si è già incominciato a fare per la propaganda dal Centro di Torino (invio di opuscoli ai medici, relazioni sui giornali medici, preparazione di un film cinematografico ecc.).

Svolse infine la sua comunicazione il dott. Carando sulla « Organizzazione e tecnica radiumterapica a Stoccolma » dove egli si è recato recentemente. Egli mostrò come a Stoccolma e nella Svezia la lotta si svolge con larghissimi sussidi governativi e un'organizzazione vasta e quasi perfetta ed ha un'indirizzo essenzialmente radiumterapico, dimostrando come i notevoli successi ottenuti dipendano dalla perfezione del trattamento che l'organizzazione ha potuto raggiungere.

Altre comunicazioni sono state rimandate alla prossima seduta che sarà indetta in questo mese dal presidente prof. Pescarolo. CIPRIANI.

Da Napoli.

Inaugurazione dell'Anno Accademico.

Il giorno 26 novembre nell'Aula Magna della R. Università, alla presenza di tutto il corpo accademico, di S. A. R. la Duchessa d'Aosta, di S. E. il Cardinale Ascalesi e di tutte le autorità cittadine, si è avuta la solenne inaugurazione del nuovo anno accademico. Dopo un breve discorso del Magnifico Rettore. prof. Bruschettini, ha letto l'orazione ufficiale il prof. Massari, preside della facoltà di giurisprudenza, parlando sul tema: « Le moderne concezioni scientifiche nel campo del Diritto Penale ».

Riconferma del Rettore e del Senato Accademico della R. Università.

Per il nuovo biennio 1930-31 è stato riconfermato da S. E. il Ministro nella carica di Rettore dell'Università di Napoli il Rettore uscente prof. A. Bruschettini. Su proposta dello stesso Rettore è stato riconfermato in carica tutto il Senato Accademico, che rimane quindi così costituito: prof. R. Jemma, preside della facoltà di medicina; prof. Massari, preside della facoltà di giurisprudenza; prof. Ciaceri, preside della facoltà di lettere; prof. Zambonini, preside della facoltà di scienze; prof. D. De Blasi, direttore della Scuola di Farmacia. G. BOSSA.

Da Padova.

Cose Universitarie.

A succedere al prof. Ovio, che venne invitato a dirigere la Clinica Oculistica di Roma, questa Facoltà Medica ha chiamato il giovane prof. Gaetano Lo Cascio. Allievo della Scuola di Roma il Lo Cascio fu poi, sempre nella Capitale, assistente e quindi Aiuto alla Clinica delle malattie oculari. Ebbe in seguito l'incarico e poi la nomina di titolare della cattedra d'oculistica di Perugia, di dove venne infine all'Ateneo Padovano.

Il prof. G. M. Fasiani Direttore della Clinica Chirurgica Generale venne nominato Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, succedendo al prof. comm. Oddo Casagrandi che per parecchi anni aveva dato a tal carica gran parte della sua multiforme attività. Il giovane ed illustre clinico è allievo della Scuola Torinese dove fu assistente di Anatomia normale, poi di Patologia generale, ed in seguito fu Assistente ed Aiuto del compianto senatore Carle direttore di quella Clinica chirurgica. Chiamato quindi al servizio militare il prof. Fasiani anche durante il periodo bellico non trascurò le occupazioni scientifiche, ed eseguì noti ed importanti studi sulle gangrene gassose, isolandone gli stipiti di anaerobi che servirono e servono alla preparazione dei sieri profilattici e terapeutici. Ritornato a Torino vi ebbe l'incarico della Semeiotica chirurgica e dell'Anatomia chirurgica, finchè nel 1925 venne chiamato in questo Ateneo dove coprì come titolare successivamente le cattedre di Patologia chirurgica e di Clinica chirurgica.

P. L. F.

Da Catania.

Prolusione del prof. Ferrannini al Corso di Clinica Medica.

Il prof. Luigi Ferrannini ha tenuto il 21 nov. u. s. dinanzi ad un folto uditorio di professori e studenti la prolusione al Corso di Clinica Medica trattando del seguente argomento: *Luci ed ombre nella Clinica Medica.*

L'O. rifacendo la storia antichissima dello *Studium* catanese di medicina ne ha rievocato le nobili vicende fino ad oggi.

La Clinica medica passando dall'empirismo all'osservazione ed all'esperimento, utilizzando tutte le riserve cliniche e biologiche ha acquistato possibilità diagnostiche e curative che mai potrebbero avere le scienze biologiche anche quando disponessero di materiale umano di esperimento. Come l'animale poco si presta alla riproduzione di fenomeni umani, così l'uomo non può diventare un animale di esperimento. La Clinica dopo avere illuminato i problemi individuali ha studiato quelli collettivi determinando le provvidenze sociali che dal campo dell'igiene a quello infortunistico valgono a prevenire, limitare e curare le umane sofferenze. È per questo che le Cliniche Universitarie, nelle quali soltanto, gli studenti debbono formare la loro educazione medica, hanno assunto una importanza culturale e sociale di prim'ordine.

La bella conferenza è stata coronata da un applauso sentito dal pubblico numeroso.

A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di Pediatria.

È indetto a Stocolma dal 17 al 20 agosto 1930. Il Comitato ordinativo è presieduto dal prof. J. Jundel, ne è segretario il prof. Nils Malmberg. Le comunicazioni devono essere annunziate non oltre il 1° marzo 1930. Si prega di comunicare le adesioni al più presto. La quota è fissata in 20 corone (circa 100 lire it.). Segretario del Comitato italiano è il prof. Cesare Cattaneo, via Commenda 12 - Milano.

7° Congresso medico latino-americano.

È convocato dal 12 al 19 gennaio nella città di Messico. Comprenderà 20 Sezioni, che coprono tutti i rami della medicina: oltre alle cliniche generali e quelle speciali, anche le discipline mediche fondamentali, la storia della medicina, l'insegnamento medico, la deontologia e la tutela degli interessi corporativistici. Saranno discussi 5 temi a Sezioni riunite: 1° Scambi della coltura medica tra i paesi latino-americani e mezzi per realizzarli; 2° Sifilide ereditaria e sifilide ignorata; 3° Lotta contro il cancro; 4° Stato attuale della vaccinazione antitubercolare; 5° Mezzi da adottare contro il commercio e l'impiego indebito degli stupefacenti. Per ognuna delle 20 Sezioni è stabilito un tema speciale. La Commissione organizzatrice è presieduta dal dottor Gabriel M. Malde; ne è segretario il dott. Fernando Ocaranza.

Congresso nazionale dei medici manicomiali.

Mentre questo numero viene stampato, ha luogo in Roma il Congresso nazionale dei medici manicomiali dipendenti dalla Sezione Enti locali del Pubblico Impiego.

Ne daremo ulteriori notizie nel prossimo numero.

Comitato per l'Italia Centrale di Idrologia e Climatologia.

Nei locali della Clinica medica della R. Università di Pisa, sotto la presidenza del sen. prof. Queirolo, si è adunato il Comitato dell'Italia Centrale dell'Associazione di Idrologia, Climatologia, Terapia fisica e Dietetica. Il prof. Leuci ha comunicato che il podestà di Viareggio ha stanziato nel bilancio dell'Azienda Autonoma la somma di L. 25.000 per il Comitato di studi di Talassoterapia, desiderando che le lezioni su tale argomento siano tenute a Viareggio, dove avrà sede il Comitato dei predetti studi. Queste proposte furono approvate ad unanimità, decidendosi che le conferenze e le lezioni avranno luogo nei mesi di aprile e maggio. Per tracciare il programma e il funzionamento di detto Corso fu nominata una Commissione composta del prof. Carreras, già incaricato del corso di idrologia nella R. Università di Pisa, e dei proff. Porlezza, Lotti, Fiore e Leuci, sotto la presidenza del sen. prof. Queirolo.

Furono confermati: segretario il dott. Guidi e cassiere il dott. Mannelli.

Corso per Allievi Ufficiali Medici di Complemento.

Il Corso Allievi Ufficiali Medici di Complemento avrà inizio il 20 gennaio 1930, presso la Scuola di Sanità Militare in Firenze.

Vi sono ammessi i giovani muniti di laurea in medicina che aspirino alla nomina di sottotenente di complemento nel Corpo Sanitario.

Le domande vanno indirizzate al Comando del Corpo d'Armata di Firenze e presentate al Comando del Distretto di residenza non oltre il 31 dicembre.

Il Corso avrà durata di 5 mesi. Gli allievi dichiarati idonei saranno inviati in licenza straordinaria, non computabile nella ferma, in attesa della nomina a sottotenente e della chiamata per prestare ad un Corpo il servizio di prima nomina.

Iscrizioni alla Federezione dei medici sportivi.

L'Ufficio stampa del Comitato olimpionico Nazionale Italiano comunica:

Sono aperte da oggi le iscrizioni alla « Federazione Italiana Medici Sportivi », riservate ai signori medici ed ai laureandi in medicina e chirurgia delle Università italiane.

Le iscrizioni, per coloro che risiedono nelle città di Torino, Milano, Trieste, Bologna, Ancona, Roma e Bari, vanno inviate ai rispettivi Direttorii dei Corsi per medici sportivi al recapito da essi indicato.

Per tutte le altre città italiane esse debbono indirizzarsi alla F.I.M.S. presso il C.O.N.I. — Palazzo del Littorio — Roma.

La domanda d'iscrizione, in foglio di carta libera, deve contenere le generalità del richiedente ed il suo preciso domicilio.

Medicina preventiva.

Di questo argomento si sta occupando da parecchio il dott. Giovanni Perilli per un lavoro dal titolo: « Il trionfo della medicina preventiva ». Perchè la bibliografia possa essere piu completa possibile, chiunque si è occupato, anche incidentalmente, di tale tema, è pregato di darne comunicazione dettagliata al dott. Perilli — Ospedale Militare — Roma.

Per le infermiere diplomate di scuola-convitto.

L'Ufficio Stampa del P. N. F. comunica:

« Le iscrizioni all'Associazione nazionale fascista fra infermiere diplomate di scuola-convitto saranno aperte fino al 31 dicembre 1929 per le diplomate di tutte le scuole-convitto italiane (il cui corso non sia inferiore a un biennio). Col 1° gennaio 1930 all'Associazione potranno essere iscritte le sole diplomate delle scuole convitto riconosciute ai sensi dell'art. 1 del R. D. 15 agosto 1925. La sede dell'Associazione è presso la segreteria dei Fasci femminili, palazzo del Littorio, Roma.

Consiglio della Cassa malattie per gli addetti al commercio.

È stato costituito con recente decreto del Ministero delle Corporazioni; è presieduto dal sen. prof. Tolomei; ne fa parte il dott. Fornaciari, direttore generale della Sanità pubblica.

L'ufficio della stampa medica latina.

Grazie al generoso appoggio della Camera sindacale dei fabbricanti di prodotti farmaceutici della Francia, la Federazione della stampa medica latina ha aperto a Parigi un ufficio permanente di lettura e d'informazioni, realizzando così uno dei voti formulati in seno al suo primo Congresso.

L'inaugurazione ebbe luogo il 21 novembre e fornì l'occasione di una manifestazione di simpatia e di solidarietà tra i rappresentanti dei vari paesi neo-latini, nonchè tra i rappresentanti della stampa medica e quelli dell'industria farmaceutica.

Venne offerto un vino d'onore; la sera si tenne un banchetto.

L'ufficio ha sede in rue Richelieu 101.

Alla Facoltà medica di Buenos Aires.

Il consiglio direttivo della Facoltà Medica di Buenos Aires, eletto il 10 agosto, è risultato così costituito: B. A. Houssay, M. R. Castex, C. Bonarino Udaondo, A. R. Marotta, M. L. Perez, I. Rumi, P. Escudero, F. Schuweizer, U. Fernández e U. Carrea, scelti dai professori; C. Fonso Gandolfo, F. Bustos, G. Martinez Guerrero e A. ven der Becke, scelti dagli studenti.

Queste elezioni hanno posto termine ad un lungo periodo di turbolenze, ascrivibili alla parte che è stata fatta agli studenti nella direzione della facoltà, secondo principii bolscevizzanti.

La Facoltà Medica della California meridionale.

Dopo essere stata chiusa per dieci anni, questa Facoltà venne riaperta nel 1927; ma comprendeva, allora, il solo primo anno di studi medici; gradatamente vi si sono venuti aggiungendo gli altri anni: solo nel 1931 sarà interamente ricostituita. Ha sede a Los Angeles.

Ne è decano il dott. William W. Cutter, che fu già decano della Scuola medica post-universitaria di New York.

All' Università della Virginia.

Il 22 ottobre venne inaugurato un gruppo di nuovi edifizi medici dell'Università della Virginia. Essi sono costati 1.400.000 dol., ossia oltre 25 milioni di lire it. L'edifizio più importante ospita un gran numero di istituti: anatomia, biochimica, embriologia, istologia, fisiologia, patologia generale, patologia chirurgica, farmacologia e materia medica, igiene e sanità pubblica; è collegato mediante un corridoio con un ospedale di 240 letti.

All'Università di Groninga.

Hanno lasciato l'Università di Groninga, per limiti di età, il clinico chirurgo prof. Koch e il clinico neuro-psichiatra prof. Wiermse.

Due grandi cerimonie hanno avuto luogo in loro onore.

Un nuovo grandioso centro medico a New York.

Il « New York Hospital » e la « Cornell Medical College Association » hanno stipulato, il 15 agosto, una convenzione per erigere un nuovo grandioso centro medico, che risulterà di 13 edifizi,

fra la 68ª e la 71ª strada, lungo la East River. Il gruppo sarà dominato dall'Ospedale generale, di 24 piani, capace di 1000 ricoverati e di ambulatori per 1000 pazienti al giorno. Ne faranno anche parte un Istituto psichiatrico con 116 letti, una Maternità con 156 letti (in memoria della defunta Laura Spelman Rockefeller), vari Istituti scientifici tra cui uno di batteriologia ed uno di biochimica. Si farà posto a circa 500 infermiere. Si potrà provvedere all'insegnamento di circa 300 studenti. Si è stabilito di fondere interamente i servizi universitari e quelli ospedalieri.

Istituto oftalmologico di Baltimora.

Il 15 e il 16 ottobre venne inaugurato il nuovo grandioso Istituto oftalmologico di Baltimora, annessi all'Università ed all'Ospedale Johns Hopkins. Alla cerimonia intervennero molti specialisti dell'America e dell'Europa. L'Istituto si deve alla tenace volontà del dott. W. H. Wilmer, che lo dirige; ma la prima iniziativa era partita nel 1922 dalla signora H. Breckinridge, allora moglie del sottosegretario alla guerra. La prima pietra fu deposta nel luglio 1927. Il costo complessivo dell'edifizio e delle installazioni è di 3 milioni di dollari, ossia circa 60 milioni di lire it.; metà di questa somma fu assegnata dall'Ufficio Federale della Educazione Generale, il resto fu elargito da privati. L'Istituto ha scopi clinici, didattici e di ricerca scientifica; vi saranno annesse molte borse di studio, per le quali si sono già raccolti 60.000 dol. (oltre 1 milione di lire it.).

Una condotta pediatrica di Caltagirone.

Il Podestà di Caltagirone, conte Michele Gravina, accogliendo la proposta del locale ufficiale sanitario comm. dott. La Rosa, ha istituito una condotta pediatrica, affidandone il servizio ad uno specialista in pediatria. Tale iniziativa, è perfettamente rispondente alle direttive dell'O.N.M.I. e viene a creare un servizio che ha il merito di dar posto, nel campo dell'assistenza all'infanzia, ad un nuovo organismo destinato a dare ottimi risultati.

Il servizio assistenziale svolto dalla condotta, pure essendo assai semplice nella sua struttura, può dirsi, in una parola, completo, in quanto assicura all'infanzia una particolare, vigile assistenza che l'accompagna dalla nascita fino al 12° anno di età, e si occupa anche della sorveglianza igienica delle scuole.

I funerali del Prof. Mingazzini.

I funerali del prof. Mingazzini sono stati imponenti per l'immensa partecipazione di amici, di ammiratori e di discepoli del grande estinto; si può affermare che vi ha partecipato tutta la classe medica di Roma.

La cassa funebre è stata trasportata a spalla da studenti di medicina. I cordoni erano retti da S. E. Dionisi, Accademico d'Italia, dal prof. Millosevich, rettore della R. Università, dal prof. Dalla Vedova, preside della Facoltà, dal prof. Ascoli, per l'Accademia Medica, dal prof. Guderl, per la R. Clinica Neuropsichiatrica e dallo studente Recchia. Seguivano la salma i figli, e gli aiuti e assistenti della Clinica, tutte le rappresentanze delle varie Facoltà e degli altri Atenei, il personale della Clinica e del Manicomio, ecc. Numerosissime e ricche le corone.

Prima che il grande corteo si sciogliesse hanno parlato il prof Giannuli, il prof. Dalla Vedova e il Presidente del Sodalizio dei Piceni, esaltando le grandi doti e lumeggiando la vita di studio e di lavoro indefesso del grande scomparso.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXVI · Roma, 23 Dicembre 1929 Num. 51

IL POLICLINICO

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA

concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO,, per l'anno 1930.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:
L. **36** per l'Italia anzichè L. **40** o L. **50** per l'Estero anzichè L. **60**
potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1930 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di speciali branche della medicina e chirurgia:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma
Redattore Capo: CESARE PEZZI

Ogni fascicolo si compone di 48-52 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50.

☞ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1930 a « Cuore e Circolazione », si concedono le intere annate 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5 esaurito), 1926, 1927, 1928 e 1929 per sole L. **150** se in Italia, e per sole L. **200** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di 60-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50

☞ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1930 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) più le intere annate 1926, 1927, 1928 e 1929, per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Roma

Questa Rivista, che entra nel sesto anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 40; Estero L. 60; Un num. sep. L. 6; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 36; Estero L. 50

☞ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1930 si concedono le intere annate 1925, 1926, 1927 (meno il N. 3, esaurito), 1928 (questa senza il N. 2, esaurito) e 1929, per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

☞ **Periodico indispensabile per tutti i Medici:**

IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO

Periodico Mensile di Giurisprudenza e Legislazione.

DIRETTORI

On. dr. **A. Carapelle,** Consigliere di Stato. — Avv. **G. Selvaggi,** esercente in Cassazione.

Editori proprietari: FRATELLI POZZI — Roma

« Il Diritto Pubblico Sanitario » riporta tutte le Leggi, i Decreti, i Regolamenti e le Circolari concernenti anche indirettamente l'ordinamento giuridico sanitario, nel senso più ampio e le Istituzioni Sociali. — Ogni numero contiene Note di commento e di illustrazione delle Leggi e dei Regolamenti più importanti, una rassegna completa della giurisprudenza della Corte di Cassazione, del Consiglio di Stato in sede Giurisdizionale e Consultiva e di altre Magistrature, con esposizioni ragionate delle controversie e delle risoluzioni

« Il Diritto Pubblico Sanitario » in ogni suo numero reca studi sintetici di questioni d'attualità e Cenni di legislazione estera.

« Il Diritto Pubblico Sanitario » è una guida chiara e semplice specialmente per tutto ciò che attiene alle istituzioni sociali, ai rapporti d'impiego con Enti Pubblici, all'esercizio delle professioni, all'ordinamento sindacale, ai poteri di polizia sanitaria, ecc.

Ogni numero consta di 40-48 pagine, costituendo a fine d'anno un volume di oltre 500 pagine con indici sistematici.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 36; Un numero separato L. 5; Per gli associati al Policlinico: Italia L. 30.

AVVERTENZA. — I **nuovi** abbonati del 1930 al **"Diritto Pubblico Sanitario,,** che aggiungeranno sole **L. 20,** riceveranno subito l'intera Annata 1929 del periodico stesso, franca di porto.

Per ottenere l'abbonamento alle predette Riviste, inviare Vaglia Postale oppure Chèque Bancario all'editore LUIGI POZZI - Roma, Via Sistina, 14
Però il Vaglia Postale, sempre intestato all'Editore LUIGI POZZI, va fatto riscuotibile nell'Ufficio succursale (diciotto) (18) Roma.

☞ **Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.**

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza delle memorie originali che vengono accolte nella Sezione Medica (fascicolo mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nel Volume XXXVI (1929):**

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza delle memorie originali che vengono accolte nella Sezione Chirurgica (fascicolo mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nel Volume XXXVI (1929):**

LAVORI ORIGINALI.

ANNO XXXVI Roma, 23 Dicembre 1929 Num. 51

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTA SINTETICA

La diagnosi di ubriachezza e di alcoolismo.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

La diagnosi di ubriachezza è venuta assumendo oggi notevole importanza, specialmente per alcune determinate categorie di personale, come, p. es., per i conducenti di veicoli rapidi, per i quali sono state emanate delle norme molto severe in diversi Stati. In Inghilterra, agli Stati Uniti, vi sono punizioni speciali per i conducenti di auto che, in stato di ubriachezza, hanno cagionato investimenti. La legge danese (1) proibisce formalmente a chiunque si trovi in stato di ebbrezza, di condurre l'auto; ogni infrazione, indipendentemente dall'ammenda e dalla prigione, porta come conseguenza il ritiro della patente. La legge nostra (Norme per la tutela delle strade e per la circolazione, R. D. L. 2 dic. 1928, n. 3079) esige che, nella visita, l'aspirante non presenti sintomi che lo rivelino dedito all'uso di sostanze alcooliche o di altre sostanze inebrianti o stupefacenti (art. 83) escludendo quelli che sono stati condannati due volte per ubriachezza (art. 84 e 89) e prevede il ritiro della patente quando il conducente risulti dedito all'uso di bevande alcooliche o di altre sostanze inebrianti o stupefacenti (art. 93 e 94); dizione vaga che si basa soltanto su testimonianze, le quali possono essere fallaci o calunniose, mentre non si considera affatto il caso più grave di un conducente in stato di ubriachezza.

Nelle Ferrovie di Stato italiane, per l'ubriachezza sono previste pene varie, che vanno dalla semplice multa fino alla revocazione, mentre, poi, gli agenti addetti alla sicurezza dell'esercizio sono sottoposti a visita di revisione quando risultino dediti all'uso di bevande alcooliche.

In tutti questi casi, sarebbe necessario avere delle norme precise in modo da arrivare ad una diagnosi sicura sullo stato reale dell'individuo; trattasi alle volte di provvedimenti gravi, come la perdita dell'impiego o la prigione e sarebbe opportuno evitare degli errori, che possono avere esiziali conseguenze per l'individuo, pure salvaguardando la società dal pericolo che è rappresentato dagli intossicati alcoolici.

DIFFICOLTÀ NELLA DIAGNOSI DI UBRIACHEZZA ED ALCOOLISMO.

Grandissime e talora insormontabili sono le difficoltà per la diagnosi di *alcoolismo cronico*, in cui si ha a che fare con sintomi nervosi (cerebrali, cerebellari, ponto-bulbari), cardiovascolari ed altri, nessuno dei quali può ritenersi caratteristico per l'intossicazione alcoolica, sicchè non a torto E. Mayer (2) afferma

che la *diagnosi precisa* di alcoolismo cronico negli individui visitati in ospedale non può fondarsi se non sui dati dell'anamnesi, criterio che, fondato soltanto su testimonianze, è ben lungi dall'avere la precisione scientifica che in molti casi si desidererebbe. Posso citare, a tale riguardo, il caso di un individuo che era stato dapprima giudicato alcoolista e, come tale, punito e che ulteriori testimonianze dimostrarono invece astemio.

Assai più agevole si presenta la diagnosi dell'alcoolismo acuto, della vera ubriachezza, che è talora tanto evidente da non poter essere misconosciuta, sicchè viene affidata il più delle volte agli agenti di polizia che, in qualche caso, ricorrono anche al parere di un medico. Il giudizio degli agenti di polizia è, molto spesso, giusto: nove volte su dieci, ammette J. Purves Stewart (3), ma rimane pure sempre un certo numero di casi non indifferente (il dieci per cento circa) in cui si possono infliggere ad un innocente non soltanto una vergogna immeritata ed una sventura, ma altresì danni e perdite irreparabili.

Per Bogen (7), la diagnosi basata sui soli segni clinici è stata possibile soltanto in 2/3 dei casi.

L'intervento di un medico in questi casi è quindi sempre altamente desiderabile. Ma anche il medico non ha sempre la possibilità di fare una diagnosi esatta, specialmente nei casi-limite, che offrono non poche incertezze.

La stessa definizione di ubriaco non è agevole. Nella nostra lingua tale denominazione ha il significato di alterato dal vino (e perchè solo da questo?) fino all'ultimo grado, mentre i diversi sinonimi (avvinato, avvinazzato, brillo, cotto, vinolento, ebbro) ne indicano diverse gradazioni; è evidente che perchè un conducente di veicoli rapidi sia inetto a guidare, non si deve arrivare all'*ultimo grado!*

Ubriaco, secondo il Comitato inglese della British medical Association (4), deve essere considerato l'individuo che si trova talmente sotto l'influenza dell'alcool, da aver perduto il controllo delle sue facoltà, in modo da renderlo incapace di compiere con sicurezza il lavoro in cui egli era occupato in quel tempo.

Un'analoga definizione è data da J. Purves Stewart, il quale vi introduce anche il concetto che il turbamento delle facoltà provochi danni alla persona stessa o ad altri, limitazione evidentemente erronea del concetto di ubriachezza, perchè dipendente da contingenze esterne (*).

Anche queste definizioni sono però vaghe ed imprecise e non possono portare una dilucidazione maggiore dell'impressione che può riportare anche il semplice profano alla vista di un ubriaco.

(*) Nello Stato di Ohio (S. U. A.) è considerato come ubriaco colui che ha perduto il controllo delle sue facoltà o dei muscoli di locomozione.

Il medico chiamato in questi casi basa il suo giudizio sull'esame del paziente (la legge danese ha anzi fissato in proposito delle norme minuziose, secondo cui l'individuo viene classificato in stato di ubriachezza manifesta, ubriachezza leggera, oppure sobrio (1).

L'esame medico è anzitutto necessario per evitare gli errori dovuti ad altre affezioni, quali coma diabetico, emorragia cerebrale, commozione, intossicazione, ecc.

Fatta tale eliminazione, la diagnosi di ubriachezza con i soli dati clinici, non è sempre palese. Richiamano l'attenzione sulle difficoltà che si presentano per essa, S. Purves Stewart (3) e A. L. Currie (5). Citiamo qui i criterì che vengono più frequentemente utilizzati.

1) L'*odore dell'alito* è un segno del tutto fallace, che può benissimo trovarsi in individui sobri, che abbiano preso durante il pasto una modica quantità di vino, specialmente se, dopo, hanno bevuto del caffè. Forte e duraturo è l'odore di vino quando questo si prende subito dopo il brodo, specialmente se questo è aromatizzato con aglio; peggio ancora se (come si usa in qualcuna delle nostre province) il vino viene preso mescolato col brodo o col caffè. Un individuo può quindi essere del tutto sobrio e perfettamente *compos sui* anche se all'alito « puzza di vino », mentre questo potrebbe farlo giudicare ubriaco da persone incompetenti od affrettate nei giudizi.

Analogamente, non deve essere giudicato senz'altro segno di ubriachezza il vomito di sostanze ad odore vinoso. Ricordo, a tale proposito, il caso di un rimpianto collega che tutt'al più beveva mezzo bicchiere di vino ai pasti e che, nella crisi di angina pectoris che lo condusse a morte, ebbe vomito di sostanze ad odore vinoso, il che fece credere agli estranei che lo assistevano che si trattasse di malessere da ubriachezza.

2) L'*andatura barcollante ed incostante* può essere dovuta ad altre cause, come la vertigine di Menière ed a malattie del sistema nervoso.

3) La *disartria* può pure essere provocata da altre cause e può avere un'origine emozionale, del tutto spiegabile in individui che si trovano in stato di « shock », a causa di un investimento automobilistico. Currie cita il caso curioso di un individuo che aveva un difetto del palato ed aveva bevuto da poco un bicchierino di vermut; esso investe un pedone e gli rompe una gamba; portato al posto di polizia fu giudicato senz'altro ubriaco perchè « puzzava di alcoolici » e non parlava a dovere e, quindi, condannato; ci volle poi tutta l'abilità di un avvocato per farlo assolvere.

4) *Disturbi delle elevate funzioni cerebrali.* Possono essere di grande aiuto, ma anche trarre talora in inganno. È ovvio, di fatto, che una persona che ha avuto un brutto incidente di auto possa trovarsi in un certo stato di confusione mentale e non rispondere quindi sem-

pre bene alle domande che gli vengono rivolte circa l'ora esatta, la data del mese e simili. In un caso di Currie, un individuo, dopo un grave incidente di montagna, ebbe addirittura dei sintomi di *delirium tremens* che, se egli avesse invece avuto un incidente di auto, sarebbero stati più che sufficienti per farlo dichiarare in stato di ubriachezza. Per le stesse ragioni, può essere fallace la prova di scrittura.

5) Anche la *midriasi pupillare* ed il ritardo con cui le pupille reagiscono alla luce non possono avere un valore assoluto. Per Runge anzi (6), si tratta di segni di un valore trascurabile, mentre egli dà piuttosto valore ai disturbi dei movimenti oculari, specialmente al nistagmo.

A riprova di tale asserto, J. Purves Stewart cita un'osservazione personale di un individuo alcoolizzatosi sotto i suoi occhi con 5 bicchieri di whisky ed in cui le pupille reagivano bene alla luce.

Altri segni sono la congestione della faccia e della congiuntiva, il sudore, la frequenza del polso.

Dalle numerose osservazioni fatte da E. Bogen nell'America proibizionista (7), risulta che l'odore dell'alito si è avuto in più del 75 % dei casi; la congestione del viso e la midriasi, tanto generalmente utilizzate per la diagnosi di ubriachezza, si trovarono soltanto in 1/3 dei pazienti, mentre in più del 12 % si aveva miosi (anche in individui in grave stato di intossicazione); in circa 12 pazienti (su 250), si aveva anisocoria, che diede sulle prime il sospetto di frattura del cranio e che scomparve dopo l'astinenza.

In 1/4 circa dei casi, si aveva impossibilità di stare in piedi e, nella metà degli altri, barcollamento od oscillazioni nel camminare.

Bogen dà molta importanza ai disturbi della stazione eretta e dell'equilibrio che sono i primi segni di intossicazione alcoolica e compaiono anche dopo dosi basse.

Nell'81 % dei casi, si aveva spiccata incoordinazione dei movimenti ed impossibilità del paziente di mettere, ad occhi chiusi, il dito in un posto designato; 1/5 dei pazienti era in coma ed altri in stato stuporoso.

Per quanto riguarda i disturbi della favella, il 12 % era da considerarsi normale, una metà circa aveva parola confusa, inceppata, balbettante; 15 era incapace di parlare.

Comuni sono l'euforia, la loquacità, la litigiosità. Oltre a 7 pazienti con incipiente *delirium tremens*, ve ne erano molti altri nervosi, tremanti, osceni, allucinati, ecc. Frequenti il vomito, la nausea, le vertigini; in qualche caso, incontinenza degli sfinteri; in 8 casi, si notò acetonuria.

Nessuna *singola* prova clinica può quindi permettere la diagnosi di ubriachezza; soltanto si può arrivare ad un giudizio con la combinazione di parecchie prove cioè, secondo il Comitato inglese (4) con le osservazioni sul contegno generale, sullo stato dei vestiti, della lingua, della congiuntiva, sull'odore dell'alito, sul carattere del linguaggi, il tutto connesso con l'osservazione del modo di camminare, di voltarsi rapidamente, di sedersi e di alzarsi, l'esecuzione dei piccoli movimenti, la memoria dei fatti di alcune ore prima.

Ma anche l'unione di queste prove può essere fallace, come in un caso di Currie in cui il Commissario di polizia aveva giudicato ubriaco un conducente di auto trovato in stato di incoscienza, perchè aveva odore di alcoolici e presentava andatura incostante; il medico appoggiava tale diagnosi sulla midriasi, sulla prova di scrittura, sull'incertezza a proposito dell'ora e della data e sull'inquietudine.

All'inchiesta fatta successivamente, le accuse sfumarono; la prova di scrittura non poteva riuscire bene perchè l'individuo aveva riportato una lesione del pollice, mentre gli altri fenomeni erano da attribuirsi allo « shock ».

LA DIAGNOSI CHIMICA.

In mancanza di sicure prove cliniche, può riuscire assai prezioso un metodo che dimostri se l'organismo è realmente impregnato di alcool ed arrivi quindi a differenziare le condizioni di una vera intossicazione alcoolica da quelle che possono simularla.

Tale metodo è basato sulla ricerca chimica dell'alcool negli umori dell'organismo e nell'aria espirata. È noto che l'alcool ingerito viene assorbito dallo stomaco (20 %) e specialmente dall'intestino (80 %), e passa nel sangue, dove, già entro un'ora, si trova nella massima concentrazione e vi si mantiene a lungo, anche per 12 e più ore. L'ossidazione dell'alcool nell'organismo ha luogo nella misura di circa 5 grammi all'ora.

Sei ore e mezza dopo l'ingestione di una soluzione contenente 75 grammi di alcool, si trovano ancora 75 mg. di alcool per 100 grammi di sangue.

Le curve di eliminazione dell'alcool nel sangue hanno qualche differenza secondo i diversi autori. Riportiamo qui quella di Gréhant (riprodotta dalla bella monografia di P. L. Fiorani Gallotta, *L'Alcoolismo*, U.T.E.T.), curva detta « ad altipiano » e quella di H. W. Southgate e G. Carter (8), i quali hanno sistematicamente studiato le diverse condizioni che influenzano l'eliminazione dell'alcool ed il suo contenuto nel sangue e nelle urine. Tali autori hanno, fra l'altro, stabilito:

1) La concentrazione massima dell'alcool nel sangue aumenta con l'aumento della concentrazione della bevanda alcoolica;

2) Quanto più lentamente viene bevuto l'alcool, tanto più bassa e più tardiva è la concentrazione massima dell'alcool nel sangue;

3) L'assunzione di cibo abbassa l'assorbimento dell'alcool e, quindi, la concentrazione

di esso nel sangue; l'azione più spiccata su tale abbassamento è esercitata dal pane e dal latte;

4) In generale, negli individui più pesanti, si hanno concentrazioni di alcool più basse, a meno che non si tratti di individui molto grassi;

5) La concentrazione di alcool nel sangue raggiunge cifre maggiori negli astemi anzichè nei forti bevitori, pure somministrando le stesse quantità di alcool, quasi che non tutto l'alcool di cui è impregnato l'organismo dei bevitori possa comparire nella corrente sanguigna.

In complesso, si può concludere che una determinata concentrazione di alcool nel sangue può essere raggiunta soltanto introducendo una certa quantità di bevande alcooliche.

L'alcool nell'urina. Dal sangue, l'alcool passa nelle urine; nella prima mezz'ora, alla stessa concentrazione che nel sangue, ma nelle ore successive ad una concentrazione maggiore; il rene, anzichè opporsi al passaggio dell'alcool, tende dunque a concentrarlo.

Curva di eliminazione dell'alcool secondo Gréhant, in un animale, dopo introduzione di 50 cmc. di alcool a 10 % per kg. di peso.
Ogni divisione dell'ordinata = cmc. 0,005 di alcool assoluto per 100 cmc. di sangue.

Curva di eliminazione dell'alcool nell'uomo secondo Southgate e Carter.
Ogni divisione dell'ordinata = 10 mg. di alcool in 100 g. di sangue o 100 cmc. di urina.
La linea continua indica i risultati ottenuti con individuo a digiuno, quella spezzata con individuo che aveva mangiato pane e latte.
Le due linee superiori indicano i risultati nel sangue.
Le due linee inferiori indicano i risultati nell'urina.
In entrambi gli esperimenti, furono introdotti 1200 cmc. di alcool a 8 %.

L'abbondanza della diuresi non modifica la concentrazione media dell'alcool nell'urina. Gli stessi fattori che influiscono sulla concentrazione dell'alcool nel sangue hanno la stessa azione per l'urina.

Anche la determinazione dell'alcool nell'urina può quindi servire come misura del grado di impregnamento dell'organismo da parte dell'alcool.

L'alcool nell'aria espirata. La quantità dell'alcool contenuto nell'aria espirata decorre parallelamente a quella del sangue (rispettivamente dell'urina), come dimostrano i seguenti dati ottenuti da Bogen (7) su 50 individui.

mg. di alcool per 1 cmc. di urina	mg. di alcool per 2 litri di aria espirata						
	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5	Totale
0-1	2	2	0	0	0	0	4
1-2	3	3	1	1	0	0	8
2-3	4	4	9	2	0	0	19
3-4	0	5	6	4	1	0	16
4-5	0	0	0	1	1	1	3
Totale	9	14	16	8	2	1	50

Ora, la concentrazione dell'alcool nel sangue decorre parallela con i sintomi di intossicazione del sistema nervoso centrale, come dimostrano gli studi fatti su un individuo a cui si era data, in diverse prove, la stessa quantità di alcool, ma a diverse concentrazioni, facendogli poi disegnare un diagramma. La massima incoordinazione si ebbe dopo la ingestione dell'alcool più concentrato, in forma di whisky (al 20 %), incoordinazione che andò poi gradatamente decrescendo; con l'alcool a 8 %, non vi furono sintomi di forte

intossicazione e quindi si ebbe poca incoordinazione, con la birra (al 5 %) non si avevano differenze sensibili dalle condizioni normali.

Tenuto conto che, parallelamente alla concentrazione dell'alcool ingerito decorre la concentrazione del sangue, se ne deve dedurre che la misura della concentrazione dell'alcool nel sangue (e nell'urina) può costituire la misura del grado di intossicazione dell'individuo.

Quando la presa del campione di sangue o di urina è fatta con ritardo, si tenga presente che la concentrazione dell'alcool nel sangue diminuisce per ogni ora, di 12 mg. per 100 g. di sangue.

Le quantità trovate da Southgate e Carter nell'urina di individui evidentemente ubriachi hanno variato da 173 a 436 mg. di alcool per 100 cmc.

Come *misura dell'intossicazione alcoolica*, Vielledent (9) ammette le seguenti:

1-2 cmc. di alcool assoluto per kg. di peso; non si ha ubriachezza;

3 cmc. di alcool assoluto per kg. di peso: ubriachezza leggera;

4 cmc. di alcool assoluto per kg. di peso; ubriachezza manifesta (eccitazione, titubazione, poi depressione);

7 cmc. di alcool assoluto per kg. di peso; coma etilico, con anestesia parziale.

Negli individui non abituati, la presenza di 2-3 cmc. costituisce già uno stato anormale.

Secondo Bogen (7), i rapporti fra intossicazione alcoolica e contenuto in alcool, sono i seguenti.

mg. di alcoo per 1 cmc. di urina	Intossicati %	Favella			Andatura	
		Impossibile	Confusa	Legata	Impossibile	Barcollante
0	0	0%	14%	22%	0%	36%
1	56	0%	45	20	0%	60
2	66	23	34	15	26	45
3	88	14	58	25	27	62
4	97	34	55	11	56	44
5	100	85	15	0	85	15

La percentuale degli intossicati, in rapporto alla quantità di alcool nell'aria espirata è la seguente: mg. 0-1, 15 %; mg. 1-2, 50 %; mg. 2-3, 85 %; mg. 3-4, 92 %; mg. 4-5, 100 %; mg. 5, 100 %.

Egli dà quindi i seguenti dati per il giudizio:

0-100 mg. di alcool per 100 cmc. di urina non indicano intossicazione e si trovano in chiunque abbia bevuto dell'alcool;

100-200 mg. indicano un accesso di ubriachezza acuta;

300-400 mg. indicano ubriachezza accentuata;

oltre 400 mg., l'individuo è incosciente (non sempre secondo le ricerche di Southgate e Carter);

600 mg. per 100 cmc. sarebbero incompatibili con la vita.

Il soggiorno degli individui al caldo od al freddo, secondo ricerche di V. M. Palmieri (10) altera i rapporti fra la quantità di alcool ingerito e quella trovata nel sangue.

I metodi di ricerca.

Il dosamento dell'alcool si fa per mezzo del bicromato di potassio, in presenza di acido solforico; l'alcool agisce da riducente ed il colore, da giallo (bicromato) passa al verde (solfato di sesquiossido di cromo).

Sul metodo di Cannan e Salzar, usato da Southgate e Carter e che è descritto in *Heart*, 1924, non ho potuto avere notizie.

Metodo di Nicloux (11). Si mettono 10 cmc. di sangue in un pallone, con 65 cmc. di soluzione satura di acido picrico. Dal pallone parte un tubo che, con l'estremità affilata, va a pescare in 5 cmc. di acqua distillata, contenuta in una provetta graduata fino a 30 cmc. Si scalda il pallone e si distilla fino a che la quantità del liquido nella provetta raggiunga i 20 cmc. In tal modo, si è raccolto 1/5 di tutto il liquido sottoposto all'ebollizione e si è sicuri che tutto l'alcool è passato.

Si prelevano allora 5 cmc. del liquido, che si mettono in una provetta, aggiungendo 5 cmc. di acido solforico puro e si scalda fino a leggera ebollizione. Si fa poi cadere, goccia a goccia, una soluzione di bicromato di potassio a g. 19/litro, fino a che il colore passa, dal verde-blu, al verde-giallo.

Ad ogni cmc. della soluzione di bicromato, corrisponde 1 cmc. di alcool assoluto per litro del liquido in esame.

La determinazione va ripetuta. In altri 5 cmc., trattati allo stesso modo (acido solforico ed ebollizione) si aggiunge la soluzione di bicromato in quantità inferiore di 2-3 decimi di cmc. della precedente, in modo che il colore rimanga nettamente verde. Ad altri 5 cmc. trattati come i precedenti, si aggiunge poi il bicromato, paragonando continuamente il colore con quello dei precedenti. Si arresterà l'operazione quando si sia ottenuto un colore intermediario, verde che passa al giallo. È la cifra così ottenuta che si deve adottare.

La reazione non è specifica per l'alcool, ma è dovuta semplicemente all'azione riducente; nelle condizioni dell'esame possono avere tale azione l'etere od il cloroformio (morti da anestesia) oppure i composti della putrefazione (in questo caso, la prova non è eseguibile).

Lo stesso modo di operare può usarsi per l'urina.

Una modificazione del metodo è stata usata da M. Martini e A. Nourrisson (12).

Si distillano 10 cmc. del liquido in esame e si riceve il distillato in un tubo (meglio se fatto a strozzamenti, in modo da favorire il gorgogliamento del gas distillato), contenente 20 cmc. della soluzione titolata di bicromato di potassio (vedi in seguito) e 10 cmc. di acido solforico puro. Se il colore della soluzione si fa subito verde-blu, vuol dire che la quantità di alcool è eccessiva e, quindi, si procederà alla diluizione del liquido da distillare.

Terminata la distillazione, si versa il contenuto del tubo in cui si è ricevuto il distillato, in un Erlenmeyer da 500 cmc., si porta il volume a 250 cmc. circa e poi si aggiunge una soluzione a 5 % di joduro di potassio. La miscela prende un colore bruno.

Si titola allora lo jodio rimasto in libertà, aggiungendo dell'iposolfito, senza bisogno di ricorrere all'amido come indicatore; il punto che indica il termine della reazione è il passaggio dal colore verde-blu a quello verde-giallo. Se si sono usati N cmc., si avrà:

$$(20 - N) \times 0{,}00144 = \text{grado alcoolico.}$$

Il coefficiente 0,00144 esprime la corrispondenza fra l'alcool e la soluzione di bicromato di potassio.

Le soluzioni usate sono le seguenti:

1) Bicromato di potassio N/ 60 a g. 4,908 per litro;

2) Iposolfito di sodio N/ 10, a g. 24,8 per litro.

Metodo di Bogen. Si basa sempre sulla riduzione del bicromato di potassio, facendo poi il dosamento per via colorimetrica o con il solfato ferroso ammoniacale.

Si fa passare una corrente di aria moderata attraverso 1 cmc. del liquido che si esamina e poi in 5 cmc. del reagente (costituito dalla miscela di un terzo di soluzione di bicromato di potassio all'1 % e di due terzi di acido solforico al 50 %). Il liquido in esame ed il reagente si mettono in due provette; le quali si tengono poi immerse in bagno-maria bollente. Quando si tratta di esaminare l'aria (che si può raccogliere in adatto pallone di gomma), si fa gorgogliare direttamente questa nel reagente. Il reagente usato va sotto il nome di Anstie; secondo altri autori, esso si prepara sciogliendo 1 grammo di bicromato di potassio in 300 cmc. di acido solforico concentrato.

Se nell'urina vi è acetone, si aggiunge, prima del passaggio dell'aria, un po' di soluzione alcalina di cianuro di mercurio.

La determinazione per via colorimetrica si fa comparando il colore ottenuto nel tubo con quello di provette campioni, che contengono anch'esse 5 cmc. del reagente con dell'alcool in quantità crescenti: 0,5, 1, 1,5, 2, 2,5, 3, 3,5, 4, 4,5, 5 mg. di alcool.

Con maggior precisione, si fa la titolazione per via volumetrica. A tale scopo, si aggiungono, nella provetta col reagente in cui è passata la corrente d'aria, 3 gocce di una soluzione di ferricianuro di potassio all'1 % e si titola con una soluzione di solfato ferroso ammoniacale fino ad ottenere un colore blu cupo. Per questo, sono necessari (nei 5 cmc. del reagente senza alcool) 10 cmc. della soluzione N/ 30 di solfato ferroso ammoniacale; ogni 2 cmc. in meno che si usino corrispondono ad 1 mg. di alcool nel reagente in cui è passato l'alcool e quindi, alla quantità di alcool contenuta in 1 cmc. di sangue, urina, liquor, ecc.

Come si vede, si tratta di metodi di esame abbastanza semplici e rapidi, che permettono un giudizio che si può ritenere sicuro. Essi sono anche applicabili al sangue del cadavere (preferibilmente prelevato dal cuore) e, come si è detto, sono disturbati soltanto dalla putrefazione.

Sarebbe opportuno che venissero meglio precisate le differenze individuali nel grado di eliminazione dell'alcool e che si studiasse come questa si comporta nell'alcoolismo cronico, in modo da vedere se tali metodi di esame possono essere utilizzabili anche per l'alcoolismo cronico.

Qualche difficoltà di ordine pratico può aversi per individui che si rifiutino di lasciarsi prendere il sangue o di urinare, rifiuto che, almeno ai fini amministrativi e punitivi, potrebbe essere considerato come una confessione di colpa.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

(1) POG. XI Congresso di medicina legale dei paesi di lingua francese, 1926. Rif. in Presse médicale, 3 luglio 1926.

(2) *Trattato di medicina* di MOHR e STAEHELIN, vol. V.

(3) *Test for drunkeness.* Practitioner, mar. 1928.

(4) The Lancet, 1925, 26 febbr., pag. 446.

(5) *On the signs of and tests for drunkeness.* Edinburgh Med. Journ., ott. 1928.

(6) Deut. Med. Woch., 1924. Citato da CURRIE.

(7) U. S. Naval medical bulletin, genn. 1929. *Drunkeness.* Am. Journ. of the medical Sciences, agosto 1928.

(8) *Excretion of alcohol in the urine as a guide for alcoholic toxication.* British med. Journal, 13 maggio 1926.

(9) *Dosage de l'alcohol dans le sang et diagnostic de l'ivresse.* XI Congresso di medicina legale francese, 1926.

(10) *Influenza della temperatura ambiente sulla concentrazione dell'alcool nel sangue degli ubriachi.* Riforma medica, 26 sett. 1927.

(11) DUVOIR. *Le diagnostic « post mortem » de l'ivresse.* Rev. Méd. Universelle, genn. 1927.

(12) *Méthode chimique de dosage de l'alcool.* Revue des falsifications, 1925, pag. 235.

Cfr. anche: F. NAVILLE. Revue méd. de la Suisse Romande, 25 ott. 1928, rif. in Policlinico, Sez. prat., 4 febbr. 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

III Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia.

Ascaridiosi delle vie biliari.

ANGELO CHIASSERINI, chirurgo primario.

La presenza di ascaridi nelle vie biliari, se non è un reperto raro di autopsia, costituisce una sorpresà operatoria piuttosto eccezionale.

Neugebauer nel 1903 (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, Bd. 70) riferiva di una donna da lui operata con diagnosi di calcolosi del coledoco, e nella quale trovò, oltre due calcoli, un'ascaride raddoppiata ad ansa nel lume dilatato del dotto biliare comune.

Egli dice di non aver trovato nella letteratura altri casi simili.

Recentemente (*XIV Tagung Südostdeutch Chirurgenvereinigung*, 1927) lo stesso Neugebauer riporta un secondo caso di rimozione operatoria di un'ascaride dal dotto epatico-coledoco. Anche in questo caso coesisteva calcolosi della cistifellea.

Ma già Bertone (*Policlinico*, Sez. chir., 1923) riferendo un caso di ascaridiosi delle vie biliari extraepatiche, operato da Giordano, ne poteva raccogliere altri 29 casi; e, nello stesso anno Hortolomei (*Lyon Chirurgical*, 1923), metteva insieme dalla letteratura 61 casi di rimozione di ascaridi durante interventi sulle vie biliari.

Non v'ha dubbio che i casi di lesioni di spettanza chirurgica, determinati dalla presenza di ascaridi, sembrano in questi ultimi anni essersi moltiplicati: ostruzioni intestinali; pancreatiti acute, dovute alla penetrazione del verme nel canale Wirsungiano; alterazioni indotte negli annessi e nella vescica; angiocoliti ed ascessi epatici; ascessi nella regione lombare, ecc.

Il moltiplicarsi di questi reperti operativi è probabilmente in rapporto con l'asserito aumento dell'ascaridiosi verificatosi durante e dopo la guerra.

Tuttavia la presenza di ascaridi nelle vie biliari, constatata operativamente, non cessa dall'essere un fatto molto raro.

Per questo, e anche per ricordare qualche dettaglio di tecnica operativa, e per accennare al problema diagnostico, mi sembra opportuno di riassumere il caso seguente:

Donna di 42 anni, maritata. Ha avuto 4 figli, di cui due morirono in tenera età. A 18 anni malaria.

Ha sofferto, fin dal 1913, a intervalli di anni, di dolori colici, localizzati all'ipocondrio destro, e irradiantisi posteriormente. La prima colica fu accompagnata da lieve ittero.

Dopo di allora ha avuto altri sei attacchi colici, durante i quali ebbe vomito; non ittero, nè febbre.

Ha fatto cure idro-minerali.

Dice che da bambina, a più riprese, emise ascaridi con le feci.

Durante un ascesso colico, due anni fa, ebbe orticaria. Quest'anno ha avuto due coliche: una lieve in febbraio; la seconda violentissima il 28 giugno. I dolori questa volta non si sono calmati dopo qualche ora, ma sono continuati, con brevi remissioni, sino al momento dell'intervento.

Contrastava con l'aspetto sofferente della paziente e con la violenza del dolore, che essa accusava, la scarsità della sintomatologia obiettiva locale: solo la palpazione profonda nella zona colecistica e verso l'epigastrio provocava dolore. Non v'era difesa; non si palpavano tumefazioni.

Esisteva lieve subittero delle sclere. Temperatura ascellare 37.5.

Data la persistenza e la violenza dei dolori, decisi d'intervenire.

Operazione (2-7-929). Eterenarcosi. Laparatomia transrettale destra obliqua. Cistifellea retratta, piccolissima (2×2 cm.), a pareti poco spesse, circondata da aderenze, che avvolgono anche i dotti extra-epatici. L'isolamento di questi non riesce bene. Apro allora la cistifellea, prolungando gradualmente l'incisione verso il cistico (che è brevissimo) e la confluenze dei dotti. Dalla cistifellea fuoriescono qualche goccia di bile e delle piccole concrezioni calcolose.

Dato che la palpazione dei dotti, fatta attraverso uno spesso mantello di aderenze, non riesce conclusiva, incido ampiamente l'epatico coledoco. Si vede allora sporgere dal lume del dotto epatico un cordoncino roseo affilato ad una estremità, mentre l'altra si perde nel dotto stesso. Lo si riconosce subito per l'estremità caudale di un'ascaride.

Il verme viene facilmente sfilato dal condotto: esso è vivente e misura 25 cm.

L'esplorazione dei dotti non dimostra la presenza di altri corpi estranei; i dotti stessi sono dilatati; e un Klemmer, infilato nel coledoco, arriva facilmente nel duodeno, senza trovare alcun ostacolo nello sfintere di Oddi.

Colecistectomia. Drenaggio del dotto epatico. Il drenaggio è tolto dopo 8 giorni. Guarigione.

Questo caso è analogo alla maggior parte degli altri sinora pubblicati: una storia cioè di attacchi colici, che fa porre la diagnosi di probabile colelitiasi; mentre l'intervento dimostra la presenza di una o più ascaridi nelle vie biliari, e la frequente concomitanza di calcoli nella cistifellea, o nel coledoco, o in ambedue.

Tale concomitanza si sarebbe verificata, secondo Hortolomei, in circa il 60 % dei casi.

Non vogliamo affatto trarre partito da questo nostro caso, per studiare i rapporti fra ascaridiosi delle vie biliari e colelitiasi, nè per

accennare ai rapporti fra ascaridiosi, angiocoliti ed ascessi del fegato.

Tali notizie potranno essere trovate in parecchi lavori, di cui ricordo, oltre i già accennati, quelli di Ronchetti (*Società Lombarda Scienze Mediche*, 1921), Aievoli (rivista in *Riforma Medica*, 1922), Myiake (*Brun's Beitr.*, 1922), Hartman e Keppel (*Journ. de Chirurgie*, 1923).

Da essi risulta, fra l'altro, che le ascaridi, solo eccezionalmente si trovano nella cistifellea; di solito nel coledoco-epatico; e che talora sono molto numerose (33 in un caso ricordato da Hortolomei; 12 nel caso di Lokar, in cui si era arrivati ad una perforazione del coledoco). Da ciò il precetto di drenare, per un certo tempo, l'epatico. Il drenaggio è indicato inoltre dalle non rare complicazioni angiocolitiche.

Nel nostro caso nessuna ascaride fuoriuscì traverso il drenaggio; nè ascaridi furono emesse con le feci dopo la somministrazione di un vermifugo.

Si potrebbe domandare se anche le altre coliche fossero dovute ad ascaridi.

Ciò non sembra probabile; poichè non può logicamente ammettersi che lo stesso ascaride, da noi asportato, possa essere rimasto per lungo tempo nel dotto epatico senza aver causato gravi complicazioni; nè è verosimile attribuire al verme facoltà ambulatorie e di tropismo tali da consentirgli di entrare nelle vie biliari e di uscirne ripetutamente.

L'avanzata atrofia della cistifellea e le aderenze pericolecistiche, nonchè la presenza di piccoli calcoli, testimoniano dei pregressi attacchi di colecistite.

Mentre l'ultima colica, che si differenzia dalle precedenti per la maggiore violenza e la più lunga durata dei dolori, coincide probabilmente con la penetrazione dell'ascaride nel coledoco e la sua migrazione verso il fegato.

Secondo Vierordt (cit. da Neugebauer) si dovrebbe supporre la esistenza di un'ascaridiosi delle vie biliari, quando gli accessi dolorosi sopravvengono in pazienti sotto i 20 anni, quando il dolore ha sede epigastrica, senza che esista difesa, quando si hanno sintomi colangitici.

Uno solo di questi dati (la mancanza di difesa) esisteva nel nostro caso.

In verità il chirurgo, che avrà avuto la ventura di estrarre una ascaride dal dotto epatico durante un'operazione, potrà pensare, davanti alla sintomatologia di una colica epatica, alla possibilità di un'ascaridiosi delle vie biliari; ma ci sembra problematico poter stabilire criteri sufficienti per una diagnosi differenziale.

A meno che non si verifichino le condizioni del caso di Martens (*D. M. W.*, 1908) in cui il miglioramento della sindrome morbosa colecistitica coincise con la emissione di ascaridi con le feci.

Messi tuttavia sull'avviso, sarà bene rivolgere ai pazienti domande intese a svelare o a far sospettare una infestazione da ascaridi. Noi questo abbiamo fatto, ma... *post operationem!*

Anche il fatto che un attacco colico si differenzi dai precedenti per la sua violenza e durata; la sproporzione fra la sintomatologia subiettiva e quella obiettiva locale potrebbero, a giudicare dal nostro caso, avere qualche valore.

La diagnosi etiologica non ha un puro interesse speculativo, in quanto è evidente che, se potrà discutersi l'opportunità di un intervento a caldo nella calcolosi biliare, l'intervento precoce è certamente raccomandabile, quando la colica sia determinata dalla presenza di ascaridi nelle vie biliari.

Dal lato operatorio, se la non eccezionale presenza di calcoli nel coledoco, che non han dato sintomi di loro, obbliga il chirurgo in ogni caso ad esplorare epatico e coledoco, la possibilità che questi dotti possano contenere un'ascaride rende questo obbligo anche più assoluto.

Quando la palpazione dei dotti non potrà essere fatta nel modo più accurato, la loro apertura, e l'esplorazione dell'interno si impone.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso nel quale, durante un intervento chirurgico, eseguito per supposta colelitiasi, fu trovata nel dotto epatico, ed asportata, un'ascaride.

Accennato alla rarità di un tale reperto operatorio, fa alcune considerazioni sulla diagnosi e sulla terapia.

Venezia, ottobre 1929.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
V PADIGLIONE diretto dal Prof. A. LUGLI.

Carcinosi ossea a decorso setticemico

per il dott. V. VALENTINI, assistente.

Ritengo di interesse pratico riportare il caso seguente poichè ha dato luogo a non poche incertezze ed ipotesi diagnostiche.

Trattasi di una donna di casa, di anni 42, maritata. Nessuna tara ereditaria. Da giovane non ebbe a soffrire malattie di notevole importanza, solo all'età di 14 anni per un paio di anni, anemia di modico grado. Mestruata a 16 anni a 30 si unì in matrimonio con un uomo sano, da cui ebbe 3 gravidanze a termine intercalate da un aborto al 2° mese.

Tre anni fa, ossia nel 1925, fu operata di asportazione della mammella sinistra e svuotamento del cavo ascellare corrispondente per carcinoma.

Da circa tre mesi febbre irregolare, a volte a tipo continuo remittente, talora intermittente con tregua di qualche giorno.

Dal medico curante ci viene riferito che in tutto questo periodo oltre alla febbre, l'inferma aveva solo tumore di milza ed un dolore vivo all'anca destra, che obbiettivamente nulla presentava di anormale, tanto che per molti tempo egli aveva pensato ad una febbre del gruppo del tifo.

Al momento dell'ingresso in Ospedale (17 settembre 1928) l'inferma accusa dolori saltuari agli arti, al petto, alle spalle, alle anche; i dolori, salvo qualche remissione, sono eguali, sia di notte che di giorno, sono a tipo terebrante, spontanei, più forti nei movimenti ed alla pressione, è notevolmente anemizzata, ha febbre; non accusa altri disturbi, appetito scarso, alvo e diuresi regolari.

Esame obbiettivo: 17 settembre 1928.

Condizioni generali depresse, nutrizione scaduta, colorito pallido della cute, rosa-pallido delle mucose visibili, lingua impatinata, umida. Polso uguale, ritmico, di media ampiezza e pressione, aumentato di frequenza. Respiro tranquillo, temperatura 37,5.

App. scheletrico ben sviluppato, simmetrico; non segni di lesioni pregresse o in atto.

Apparato linfoghiandolare. — Piccoli gangli spostabili indolenti, duri nelle regioni laterocervicali, specie a sinistra, epitrocleari e alle regioni inguinali.

Torace. — Vasta cicatrice operatoria, losangica in corrispondenza della regione mammaria, pettorale e ascellare sinistra, da asportazione completa della mammella e svuotamento del cavo ascellare sinistro. Le due metà del torace sono simmetriche, si espandono bene, F. V. T. ovunque conservato, apici e basi nei limiti fisiologici si espandono bene.

M. V. conservato su tutto l'ambito polmonare.

Cuore. — Punta al 5° spazio sull'emiclaveare. In alto, nel secondo spazio, a destra e a sinistra limiti normali, angolo cardio-epatico retto, toni netti su tutte le sedi di ascoltazione, azione cardiaca concitata.

Addome. — Volume e forma normale, trattabile su tutti i quadranti, cicatrice ombelicale infossata.

Fegato: nei limiti; *milza* aumentata di volume, si palpa un dito sotto l'arco, elastica, non dolente alla palpazione.

L'ammalata è stata degente in corsia dal 17 settembre 1928 al 1° aprile 1929, epoca in cui si è avuto il decesso.

Ricerche di gabinetto. — L'emocultura e due sierodiagnosi per il tifo, paratifi e melitense hanno dato esito negativo.

Esame del sangue praticato il 3 ottobre 1928:

Gl rossi 2.160.000; gl. bianchi 7.200; Hg. 60; V. gl. 1,25.

Varii strisci colorati (May Grumwald-Giemsa) hanno messo in rilievo: *Anisocitosi, poichilocitosi, normoblasti* abbondanti, *linfociti, monociti, forme di passaggio, neutrofili, eosinofili, emazie punteggiate.*

Reperto radiografico: Segni di malacia a tipo di carcinosi ossea generalizzata.

7 dicembre: Continua il deperimento, ha dolori spontanei in corrispondenza delle costole, posteriormente, alla colonna vertebrale ed alle ginocchia.

Obbettivamente: leggero dolore con la pressione delle V. cervicali, sul sacro e sulle coste. I dolori sono più forti durante i periodi febbrili.

Torace e bacino molleggianti. Ciò nonostante l'inferma si regge in piedi.

Milza ingrandita, palpabile; poco appetito. Non altro di notevole.

2 gennaio: Non si regge più in piedi, grida appena si tocca.

8 gennaio: Bozza come una noce sulla clavicola destra. Ileo destro ingrossato nella parte media, meno il sinistro.

22 febbraio: Edemi alle braccia ed alle mani (edemi discrasici).

28 marzo: Aumentati gli edemi agli arti inferiori, sofferenze generali continue. Condizioni fortemente depresse. Cachessia progressiva, lamenti.

1° aprile: *Obitus.*

Ricerche del corpo di Bence Jones nelle urine: negativa.

Punti salienti del diario clinico:

25 settembre: Es. radiografico del bacino: segni notevoli di decalcificazione.

31 ottobre: Sulla cresta iliaca sinistra una tumefazione ossea come una nocciola, molto dolente spontaneamente e alla palpazione.

21 novembre: Costole e bacino molleggianti.

26 novembre: Frattura spontanea della seconda costola sinistra.

S

Eravamo di fronte ad un processo febbrile acuto, con tumore di milza, espressioni queste, di uno stato infettivo di cui ci sfuggiva la natura man mano che le reazioni sierodiagnostiche per il tifo, paratifi melitense e l'emoculture ci davano esito negativo.

L'assenza di qualsiasi reperto a carico del cuore, ci fece escludere l'endocardite.

L'andamento della malattia a carattere eminentemente febbrile, il notevole tumore di milza, la diffusione e la instabilità dei dolori ossei non localizzati, non si accordavano con l'anemia perniciosa, nonostante il reperto del sangue. D'altra parte la presenza di abbondanti normoblasti, espressione sicura di una notevole reazione midollare, richiamò la nostra

attenzione sull'apparato scheletrico, tanto più che il sintoma dolore dominava, oltre la febbre, l'intero quadro morboso in modo veramente impressionante. Si venne così nella determinazione di praticare l'indagine radiografica, che in un primo tempo fece rilevare solo una decalcificazione a carico del bacino. Altri esami radiografici eseguiti svelarono la natura della malattia, ponendo in rilievo una carcinosi ossea generalizzata. Risultava così in tutta la sua importanza la notizia anamnestica del pregresso atto operativo avvenuto tre anni prima per cancro della mammella sinistra; per questo stesso elemento potevamo escludere la mielomatosi multipla delle ossa (malattia del Kahler). A giustificare i forti dolori terebranti accusati dall'inferma su quasi tutto lo scheletro, eccetto gli avambracci e le gambe (secondo Handley la permeazione linfatica cancerosa si limita ai segmenti prossimali degli arti) basta dare uno sguardo alle radiografie riportate.

Prendendo in considerazione la febbre, non entrerò nell'argomento ancora oscuro della genesi di questa nei tumori, voglio però far rilevare come fin dai tempi antichi fosse nota ai medici la febbre cancerosa, che descrissero nei primi dell'ottocento come febbre intermittente non preceduta da brividi.

Alcune volte essa è l'unica espressione di un neoplasma latente.

La diffusione metastatica a tipo miliarico può decorrere sotto forma di malattia febbrile acuta; infatti il Pescarolo ha fatto notare che il cancro della mammella è di solito apirettico, ma diviene spesso febbrile in caso di metastasi ossee, mediastiniche, pleuropolmonari.

Nel nostro caso il decorso febbrile assunse dapprima carattere remittente ed intermittente, in seguito ondulante con periodi di febbre alta e periodi di febbre modica, con tregue di apiressia, che talora durarono anche una settimana. Il riaccendersi della temperatura coincideva di solito con la recrudescenza dei dolori.

Restava così chiarita l'origine della febbre, per quanto oscura l'interpretazione patogenetica.

L'indirizzo verso la giusta diagnosi venne dato dall'esame morfologico del sangue per l'abbondante reperto di normoblasti, le radiografie confermarono in seguito quanto era stato sospettato.

Quantunque il caso esposto non sia corredato del reperto anatomo-patologico (l'autopsia ci è stata negata), credo non perda della sua importanza clinica e pratica.

RIASSUNTO.

È stato descritto un caso di carcinosi ossea generalizzata, metastatica, a decorso eminentemente febbrile in soggetto operato tre anni prima di cancro della mammella.

BIBLIOGRAFIA.

KAHLER. Prager med. Woch., 1889.
MEUSSER. *Klinische haematologische Mitteilungen.* Wien, Klin. Woch., 1882.
KAUFMANN. *Trattato di Anatomia Patologica.*
EICHRST. *Trattato di Patologia speciale medica.*
PESCAROLO. Minerva medica, gennaio 1927.
TESTI. Riforma medica, 1927, n. 29.
ROCCIA. Policlinico, Sez. Chirurgica, 15 gennaio 1928.
GAMNA. Rassegna clinico-scentifica, marzo 1929.

Roma, 28 ottobre 1929.

EPIDEMIOLOGIA.

Epidemiologia tubercolare in un comune rurale. Importanza di una carta segnalatrice dei focolai di tubercolosi

pel dott. PIETRO TILLI.

Nel momento attuale, in cui previdenze sociali nuove si attueranno per la lotta antitubercolare, stimo utile di presentare un quadro il più completo possibile dal punto di vista clinico-topografico-pandemico sulla diffusione della tubercolosi in un piccolo comune prevalentemente agricolo; e notare in modo particolare le probabili e le certe correlazioni intercorse fra infermo e infermo.

Questa mia nota quindi è rivolta più specialmente ai colleghi pratici e non vuol essere, nè può essere uno studio minuto condotto a fondo in ogni suo aspetto; ma più modestamente è un breve lavoro sintetico; basato su dati analitici clinici e locali di fatti osservati per un periodo di tempo di quasi un ventennio. Quanto esporrò, potrà interessare anche i maestri in materia che non sono in contatto col contado e dovrà servire a richiamare l'attenzione degli igienisti che dovranno anche per i contadini escogitare le misure difensive opportune.

La mia osservazione si riferisce al comune di Gessopalena, in provincia di Chieti, paese sito in media collina, altimetria m. 654, abitanti 3450, metà dei quali viventi in casolari sparsi per le campagne. Si ha provvista di acqua potabile dal 1913, dal 1925 si è costruita rete di fognatura, non possiede invece pavimentazione stradale.

Dal 1° gennaio 1910 al 30 giugno 1929 per svariate forme di tubercolosi si sono avuti 81 decessi, su 1389 morti, rappresentante la mortalità globale ventennale; una percentuale quindi del 5,75 %; ma mentre tale percentuale dal 1910 al 1918 si mantenne al 4,95 %, nel decennio 1919-1929 essa sale al 7 %. Attualmente sotto osservazione per forme cliniche diverse sorveglio 42 pazienti, comprendendovi quelli clinicamente guariti o silenziosi.

Per chiarezza dimostrativa correderò questa mia nota di:

1) una carta topografica segnalatrice dei focolai tubercolari;

2) un quadro delle varie forme morbose degli 81 deceduti;

3) un quadro delle varie forme cliniche dei 42 infermi attuali.

La carta planimetrica o topografica dei tubercolosi, che da diversi anni ho redatto e che mano mano aggiorno con i nuovi infermi, è di compilazione semplice e per redigerla gli elementi necessari sono pochi: 1) *uno schizzo planimetrico*, ridotto alla minima espressione lineare, costituente la zona della propria condotta medica-chirurgica, facilmente fornita dagli uffici municipali, con le indicazioni delle strade, casolari sparsi, frazioni, ecc.; 2) *l'elenco dei decessi per tbc.* in tutte le forme per un periodo di tempo congruo, almeno un decennio, come dagli schedini di morte, indicando con numero d'ordine progressivo, cognome, nome, paternità, via e numero civico, età e data di morte, forma morbosa (riassunto nel primo quadro); 3) *l'elenco degli ammalati in cura per tbc.* con i dati relativi come nel precedente (riassunto del secondo quadro).

Su questo schizzo topografico e con la identica numerazione progressiva corrispondente a quella dei due elenchi citati si segnano con numeri rossi in corrispondenza della rispettiva abitazione i decessi; e con numeri in matita nera vi si indicano gl'infermi attuali.

Istituendo uno studio analitico col mezzo di questi tre dati e mettendoli fra loro in correlazione balzeranno chiare alcune verità conclusive: e fra esse subito mi piace premettere,

QUADRO DEI DECESSI: N. 81.

Toracici		Addominali uro-genitali						Nervosi			
Pulmonari	Pleurici	Peritonitici	Enterici	Renali	Surrenali	Anessiali	Orchiepi-didimite	Meningei	Meningo-encef.	Ossei	Miliari
47	2	8	3	2	1	2	1	5	2	6	2

che *la tbc. in un piccolo comune rurale presenta una diffusione a focolai*, quasi analogamente a quello che avviene nelle invasioni dell'organismo umano.

Passando alla disamina degli 81 decessi noterò per prima che 10 fra essi furono importati nella mia zona: da altri comuni i n. 2, 29, 73; emigrati rimpatriati dal Nord-America i n. 7, 11, 37, 63; reduci dalla grande guerra i n. 31, 42, 65. Tutti questi infermi importati sono della forma pulmonare e forse non senza una ragione: i tre militari subirono l'azione dei gas, gli emigrati rimpatriati vissero nei bassi strati delle grandi metropoli estere, e fra quelli provenienti da altri comuni speciale ricordo merita il n. 73, *medico condotto* in un piccolo comune a tubercolosi dilagante, *vittima quindi della nostra professione umanitaria!*

Gli altri 71 decessi di genesi autoctona presentano con sicurezza rapporti di filiazione sia fra di loro, sia con infermi preesistenti a me ignoti, sia con i dieci importati, sia con gli infermi attuali a lungo decorso.

Infatti il n. 11 emigrato, rimpatria dalle Americhe con tbc. pulmonare florida, importa nella sua casa la malattia, morendone nel 1911; nell'anno seguente il fratello n. 18 muore per identica forma pulmonare; nel 1918 la moglie n. 26 fa la stessa fine e nel 1919 il padre n. 30 decede anch'egli per tbc. pulmonare: in nove anni questa famiglia convivente nella stessa casa viene distrutta (focolaio a tipo familiare). A questo focolaio acceso da un emigrato si riconnette per ragioni solo di adiacenza nella stessa via, un altro focolaio apparso in una famiglia abitante dirimpetto. Una prima vittima ne è il n. 44, una ragazza ventiduenne perita nel 1922, in seguito due sorelle muoiono nel 1924, il n. 48, e nel 1928 il n. 67 e tutte e tre perirono per forma pulmonare, tutte e tre in tenera età ebbero rapporti di convivenza per vicinato al focolaio sorto da un emigrato.

Ecco come la carta topografica mi mette in evidenza e mi segnala una filiazione a focolaio per vicinato.

Nel 1910 una donna maritata, il n. 4, muore per tbc. enterica, il vedovo prende subito moglie; questa, il n. 9, condotta nella stessa casa decede per tbc. surrenale con ascesso addominale freddo nel 1912; mentre una cognata, il n. 49, nel 1924 finisce con ascesso ossifluente iliaco conseguito a peritonite. L'uomo è ancora vivente e sano, mentre tre donne di ceppo diverso con nessun precedente parentale anamnestico, per ragioni di abitazione in casa infetta,

contraggono lo stesso male con localizzazione identica a preferenza addominale!

I n. 25 e 28 deceduti nel 1917 e nel 1918 per tbc. pulmonare, sono un esempio di tubercolosi trasmessa fra coniugi, fino a questo momento priva di ripercussioni sui quattro figli loro giovanetti. Questi sono da indicare alle opere preventorie antitubercolari.

Per ragioni semplicemente di vicinato nel 1912 in due diverse famiglie si hanno i decessi n. 12 e 13. Dal n. 13, morta a 39 anni di tubercolosi pulmonare, dopo 16 anni consegue nel 1928 la morte del n. 71, suo figlio ventiduenne. Da quando era ammalata questa madre morta nel 1912? Il figlio fu concepito nel periodo di malattia materna, o se ne contagiò nei sei anni di convivenza con lei?

Una forma torpida chiusa in latenza in antica pleuritica di madre tuttora vivente dà fra gli 8 figli, nel 1922 il decesso n. 43 per tubercolosi annessiale, in donna ventisettenne, e nel 1928 quello del n. 70 ventiduenne per tbc. pulmonare e nella fine dello stesso anno la morte del n. 75 di 18 anni per meningite tbc. Focolaio questo a tipo esclusivamente familiare, con dubbi sugli altri fratelli e su di un nipote figlio del n. 43.

Il n. 65 morto per tbc. pulmonare nei primi mesi del 1928, lascia la moglie affetta da polisierosite, conseguita ad aborto nei primi mesi del 1927 e iniziatasi con localizzazione annessiale sinistra (focolaio famigliare coniugale).

Il n. 74 muore a 29 anni il 14 ottobre 1928 di tbc. pulmonare, lasciando la moglie con fatti pulmonari e perde una figlia, il n. 77, a sette mesi per meningite tbc. (focolaio familiare).

Il n. 23 morto nel 1917 per tbc. addominale a 13 anni; il n. 40 morta nel 1928 per tbc. annessiale mesenterica a 23 anni; il n. 47 morta nel 1923 per ascesso ossifluente sono tre casi avveratisi in tre famiglie diverse nel decorso di sei anni, legati fra loro solamente da rapporti di convivenza per adiacenza di casa di abitazione. Anche qui il contagio deve sospettarsi fra bambini viventi in promiscuità in ambiente infetto a causa del vicinato (focolaio ambientale).

Il n. 54 morta nel 1925 per tbc. osteomielitica anni 28; il n. 57, morta nel 1926 per annesso-mesenterite anni 30; il n. 61, morto nel 1927 per peritonite anni 17 rappresentano un altro focolaio per rapporto di vicinato senza altro legame.

Ai fini di questa nota mi sembra bastevole quanto sopra ho riferito, senza più a lungo insistere nell'esame analitico dei rimanenti decessi, onde stabilire la prova sicura della *interdipendenza contagiosa a focolai sia a tipo famigliare, sia a tipo ambientale per vicinato nella diffusione della tubercolosi nel comune di Gessopalena.*

Sarà importante invece portare la nostra attenzione sui pazienti viventi e sotto osservazione.

QUADRO DEI MALATI ATTUALI PER TBC.: N. 42.

Toracici		Addominali uro-genitali						
Pulmonari	Pleuritici	Polisieros.	Peritoni-tici	Renali	Orchiepidi-dimitici	Ghian-dolari	Lupus	Ossei
16	6	6	1	2	1	2	2	6

Di essi 10 sono ammogliati, 17 maritate o vedove, 15 fra nubili e celibi molti da considerarsi clinicamente guariti o silenziosi, con forme morbose disparate e raggruppate nel quadro annesso.

Fra i 16 pulmonari 5 sono da ritenersi per i più pericolosi; i pleuritici sono da considerarsi tutti clinicamente guariti, così 2 fra i 6 polisierositici, così 1 peritonitico, 4 fra i 6 ossei e i 2 ghiandolari. Per gli uni e per gli altri la sorveglianza deve essere oculata e previdente, date le reviviscenze imprecisabili nel tempo, ma pur troppo sicure.

Importerà, ai fini dello studio a cui mi sono accinto, notare le relazioni intercorse fra gli 81 decessi per tbc. e i 42 infermi attuali della stessa malattia e guardare anche i rapporti esistenti fra questi ultimi.

La malata al n. 1 del mio elenco dei viventi, batterioscopicamente positiva, radiologicamente calcificata a sinistra, fibrosa a destra, è sorella del n. 9 morta nel 1912 e alla quale ella prestò lunga assistenza (focolaio familiare).

La stessa n. 1 è in relazione col n. 10 (elenco dei viventi) per vicinanza di casa colonica. Questo infermo, ammalato clinicamente da circa tre anni per fatti prima renali, indi da appena cinque mesi con localizzazioni ossee e pulmonare, contagiò a sua volta la moglie, che inizia il suo quadro clinico con dolori al basso ventre; indi essudazione peritoneale, polisierosite, che dopo undici mesi si è ridotta con placche indurite agli annessi di sinistra. Un renale che trasmette alla moglie per via presumibile genitale il suo male (focolaio a tipo misto familiare e ambientale).

Gli infermi n. 4 e 6 sono notevoli, perchè la prima colpita inizialmente con forma peri-

GESSOPALENA
CARTA SEGNALATRICE
DEI FOCOLARI DI TUBERCOLOSI

SCALA: 1·2500

DATI MORBILITÀ NUMERI SOTTOLINEATI
» MORTALITÀ » NON SOTTOLINEATI

P. Tilli.

tonitica evolve con localizzazione condro-costale dopo decenni, il secondo pleuritico evolve con forma pulmonare torpida ad intermittenza bacillifera; entrambi apparentemente in buono stato fanno risalire il loro male a oltre un trentennio. Ignoro la genesi di questi due casi.

Il n. 7 poliorromenitica da oltre due anni, con attuale peritonite in atto, ha assistito e lavato gli indumenti e la biancheria di un nipote, morto nel 1923 per peritonite ed enterite tbc., il n. 46 dell'elenco dei decessi.

Il n. 8, moglie del n. 65, deceduto nel 1928, per un aborto ai primi del 1927 da gravidanza per marito, già infetto, presenta peritonite, indi pleurite sinistra con fatti umidi apicali. Focolaio di tubercolosi a trasmissione coniugale tipo familiare. Sorveglianza sui 7 figli apparentemente indenni, ma gracili.

I n. 22 e 23 sono casi di fratelli conviventi nello stesso ambiente povero.

I n. 26 e 27, marito e moglie, sono in rapporto familiare col n. 66 morto nel 1928 che a sua volta, pare ebbe il padre emigrato che finì per tubercolosi pulmonare (focolaio familiare).

Il n. 30, attualmente inferma per forma pulmonare sinistra, ha perduto il marito n. 68 nel 1928 (focolaio familiare).

I n. 38 e 32, due sorelle, polisierositica e pleuritica, abitarono nelle adiacenze del n. 53, ossifluente deceduto nel 1925 (focolaio per vicinato).

Il n. 33 è convissuta con le sorelle n. 44, 67, morte nel 1921 e nel 1928.

Il n. 35 dell'elenco dei viventi, con tbc. ossea del gomito, guarito, ebbe un fratello perito nel 1916 per tbc. del piede miliarizzata, il n. 22 dell'elenco decessi.

Il n. 36, ammalò due anni fa con pleurite saccata D.; notevole la sua casa di abitazione adiacente e prospiciente ai focolai di tbc. costituiti dai caseggiati dei decessi 44 e 67 e degli altri 11, 18, 26, 30. La moglie, n. 37 elenco dei viventi, perfettamente sana e proveniente da famiglia indenne, nello scorso febbraio dopo metrorragie di 20 giorni e con dolori al quadrante addominale inferiore sinistro, presenta sviluppo di peritonite essudativa, quindi pleurite bilaterale, stato polisierositico che dopo cinque mesi tende al riassorbimento con masse indurate al basso ventre (focolaio a tipo misto familiare-ambientale).

Il n. 40, tbc. ossea del ginocchio destro, clinicamente guarito, contrae il male dal marito con tbc. pulmonare da parecchi anni, morto ultimamente nel 1929. Tra la figliolanza riscontransi adenopatici e dei fisicamente deboli.

Osservazioni e Conclusioni.

Le scheletriche notizie sommarie cliniche solo di una parte dei tubercolosi osservati durante il ventennio 1910 al 30 giugno 1929, stanno a dimostrare la correlazione intima sia fra i vari deceduti per tale malattia, sia fra i deceduti e gli attuali infermi, sia fra loro negli attuali infermi. E questi nessi genetici mi è stato possibile mettere in rilievo nella epidemia tubercolare del comune di Gessopalena, conducendo una osservazione lunga nel tempo, estesa nello spazio. Così ho potuto ribadire la antica osservazione che i focolai di tbc. rimangono accesi, anche dopo e dove che l'uomo è morto. Quella stessa fiamma che arse e incenerì una vita umana, non si è spenta con l'uomo; ma tenta a ravvisarsi e riaccendersi a distanza di anni, sia nel seno di quella famiglia, dove il decesso avvenne, sia in quelle altre famiglie circonvicine, le quali furono costrette ad avere con la prima relazioni di convivenza sociale anche per solo vicinato.

L'andamento di questa epidemia tubercolare, studiata così per sommi capi, conferma nelle sue modalità tutte le leggi di trasmissione viste dai maestri e saggiate con gli esperimenti i più diversi; afferma pure, come le ripetentisi reinfezioni e immissioni continue di nuovi germi nel nostro organismo, fatto che inevitabilmente succede fra conviventi, determinino in esso le forme cliniche le più gravi. Inoltre fa sorgere nel nostro spirito la presunzione che il contagio per tbc. avvenga, non solo per trasmissione diretta fra uomo ed uomo, non solo nei primissimi anni della vita, o per trasmissione intrauterina comunque per causa materna o paterna; ma forse anche, dato il polimorfismo e la resistenza del virus tubercolare, data la sua biologia non completamente nota in tutte le sue forme vegetative, dati gli svariati *habitat* dove il germe può vivere, moltiplicarsi e resistere, che detto contagio possa avvenire per forme e da sorgenti per noi oscure ancora oggi e non del tutto note.

Ad ogni modo, tralasciando ogni altra ipotesi e riassumendo i dati della mia osservazione, dico:

1) La tubercolosi nel comune di Gessopalena nel ventennio 1910-1929 ha presentato una *diffusione prevalentemente a focolaio, o a tipo familiare, o a tipo ambientale per vicinato;*

2) Questi focolai sono tanto più pericolosi, quanto peggiori sono le condizioni delle abitazioni e delle strade ad esse adiacenti;

3) La ricognizione esatta di questi focolai mi è stata possibile con osservazione protratta

per lunghi anni e col mezzo della *compilazione di una carta topografica segnalatrice dei focolai stessi;*

4) Importantissima è la conoscenza di detti focolai, perchè essi costituiscono i punti di repere, dove potranno scoprirsi i nuovi tubercolosi e i pretubercolosi; utilissima mi è stata tale cognizione per svelare i casi iniziali, per orientare diagnosi difficoltose, per istituire i tempestivi accertamenti radiologici e di laboratorio;

5) Essa mi è apparsa basilare per la lotta antitubercolare e per le direttive oculate ed efficaci d'una profilassi poliedrica da esplicarsi tanto sul fattore uomo, che sul fattore ambiente inteso nel senso il più lato;

6) La compilazione per tutte le novemila condotte-mediche rurali d'Italia della carta segnalatrice dei focolai tubercolari, nel presentarci il panorama della pandemia nella sua interezza, fornirebbe il dato per me il più essenziale per una lotta efficace per la più grave malattia sociale.

Per tale preciso motivo, *questo elemento che potrei dire topognostico*, andrebbe con vantaggio inserito, come terzo fattore integrante al *Metodo Italiano di lotta antitubercolare proposto dal Delbue*, il quale col suo dispensario ambulante si prefigge due scopi: *a*) fare il censimento dei tubercolosi, *b*) determinarne la loro pericolosità, onde adottare i provvedimenti opportuni.

Ma per vincere un nemico, a me sembra, non basti sapere la sua forza numerica e la sua potenzialità offensiva; precisare bisogna anche la sua dislocazione sul terreno e le fonti, da cui trarrà le nuove reclute.

La ventennale osservazione epidemiologica nel mio comune rurale mi ha convinto di tanto e mi ha portato a constatazioni preliminari certe, dalle quali discendono le poche considerazioni pratiche su citate. Queste, vagliate, dimostrano tutto il loro peso per la lotta ingaggiata e ci spronano ad affrettarla e a condurla a fondo contro il male dilagante da per tutto in modo impressionante e minaccioso e che, subdolo e inesorabile, mina la salute della stirpe.

RIASSUNTO.

La diffusione della tubercolosi osservata per un ventennio in un comune rurale con la scorta topografica di una carta dove furono segnati tutti i decessi per tbc. e tutti gli attuali infermi, mi portò alla compilazione di una *Carta Topografica Segnalatrice dei Focolai Tubercolari.*

Essa mi si dimostrò utile sia per scoprire i nuovi tubercolosi, sia per tenere sempre sotto occhio i punti dove rivolgere ogni sforzo profilattico.

Considero pertanto questo elemento topognostico importantissimo per la lotta antitubercolare, poichè solo per questa via sarà possibile costruire il *Panorama Pandemico della tbc. in Italia* in tutta la sua interezza.

Gessopalena, luglio 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

La patologia clinica dell'accrescimento e dello sviluppo.

(L. BORCHARDT. *Deutsche med. Wochenschrift*, 17 maggio 1929).

L'accrescimento e lo sviluppo si trovano già, in forma primitiva, negli esseri unicellulari ed appartengono alle proprietà fondamentali della cellula. Negli esseri pluricellulari, non appena si ha la divisione del lavoro, si arriva anche al differenziamento nel senso che certi organi hanno l'ufficio di provvedere ai processi dello sviluppo.

Nei gradi elevati della scala degli animali e nell'uomo, vi è una serie di ghiandole endocrine, che sono state appunto designate come ghiandole dello sviluppo; accanto a quelle germinative che dominano lo sviluppo corporeo nella vita extrauterina, sono da menzionare il lobo anteriore dell'ipofisi, la tiroide ed il timo e, probabilmente, anche i surreni e la ghiandola pineale. Invece, la parte midollare dei surreni, il lobo posteriore dell'ipofisi ed il pancreas non hanno nessuna influenza sullo sviluppo.

Tali influenze sono state stabilite sperimentalmente e comprovate poi dalla clinica.

La deficienza delle ghiandole germinative ostacola lo sviluppo ed aumenta l'accrescimento al periodo della pubertà, per il fatto che l'ossificazione epifisaria non ha luogo. È noto che, nel periodo prepubere, si ha un accrescimento notevole in lunghezza di cui la causa non è ben nota e che si deve probabilmente attribuire ad influenza endocrine, forse all'ipofisi. Ma, non appena le ghiandole germinative sono arrivate al loro pieno sviluppo, l'accrescimento viene rallentato. Tale influenza viene a mancare nella deficienza delle ghiandole germinative e si arriva così al gigantismo a- od ipogenitale, mentre manca lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Se invece l'accrescimento è già compiuto, quindi passato il pericolo della pubertà, la castrazione non porta più il gigantismo; i caratteri sessuali secondari, però, possono parzialmente o totalmente retrocedere; in qualche caso si può avere anche una retrocessione dello sviluppo. Viceversa, l'ipergenitalismo, (iniezione di sostanza germinativa o trapianto di organi) non altera l'accrescimento nè lo sviluppo; in un caso però con tre testicoli, si è osservata una precoce maturità; il caso è interessante per comprendere i fenomeni di pubertà precoce nei tumori delle ghiandole germinative.

Anche dopo l'ipofisectomia parziale con mancante funzione del lobo anteriore dell'ipofisi, si ha un ipogenitalismo che, a differenza di quello dovuto a *deficit* delle ghiandole germinative, è connesso con un arresto dello sviluppo. E l'arresto contemporaneo dello sviluppo e dell'accrescimento è il carattere cardinale dell'infantilismo che, in alto grado, può arrivare al nanismo.

L'iperfunzione del lobo anteriore dell'ipofisi, sia per introduzione dell'ormòne, sia per il trapianto non ha invece nessun effetto nè sull'accrescimento nè sullo sviluppo ed è soltanto per una maggior prestazione funzionale di tale parte della ghiandola che si possono spiegare l'acromegalia ed il gigantismo.

Un arresto dell'accrescimento e dello sviluppo si ha con l'asportazione della tiroide, per cui si è parlato di infantilismo tireogeno o tireoprivo; il quadro di questo differisce da quello ipofisario per i gravi disturbi psichici, per le modificazioni mixedematose della pelle e per l'enorme rallentamento nella formazione dei nuclei di ossificazione. L'ipertiroidismo sperimentale, invece, è senza effetto mentre in molti casi, il morbo di Basedow giovanile è connesso con il gigantismo (tipo Holmgren).

Di scarso significato è l'infantilismo connesso con la timectomia; sono caratteristici per questa i disturbi nel processo di calcificazione.

Il fatto che i ragazzi con tumori epifisari vanno soggetti a pubertà precoce ha la conferma sperimentale in esperienze di Foà, le quali dimostrarono che degli animali epifisectomizzati mostrano una maturità sessuale prematura. La pubertà precoce derivante da tumori della corteccia surrenale, invece, non si è potuta riprodurre sperimentalmente.

L'ESPERIENZA CLINICA.

I rapporti trovati sperimentalmente fra le ghiandole endocrine ed i fenomeni dello sviluppo e dell'accrescimento vengono completati e confermati dall'osservazione clinica.

A proposito dell'agenitalismo, si hanno le osservazioni sugli eunuchi e sugli individui che vengono castrati per atti operativi. Più importanti e frequenti sono le osservazioni di ipogenitalismo o di eunucoidismo consecutivi a disturbi delle ghiandole germinative e riguardanti soprattutto il sesso maschile. In tutti questi individui si ha un rallentato accrescimento delle masse muscolari con ossificazione tardiva delle epifisi, mancano o sono deficienti i caratteri sessuali secondari e ne è turbato anche lo sviluppo psichico.

Manca talvolta il gigantismo perchè l'ossificazione delle estremità si compie nel periodo normale; in tali casi non si tratta di vero ipogenitalismo. La mancanza dell'attività delle ghiandole germinative può essere secondaria e condizionata da disturbi del lobo anteriore dell'ipofisi che è appunto quello che comanda l'accrescimento in lunghezza; nella minorata funzione di esso, si trovano diversi gradi di disturbi dell'accrescimento dal nanismo di alto grado fino al semplice infantilismo; caratteristico per questa forma è che la testa non partecipa al disturbo di accrescimento e rimane relativamente grossa; le funzioni psichiche rimangono intatte e la formazione ossea non è molto turbata.

Il turbamento tardivo della funzione del lobo anteriore ipofisario ha una notevole influenza sulle ghiandole germinative; possono rimpicciolire gli organi sessuali e scomparire i caratteri sessuali secondari; come fenomeni di recessione possono aversi scomparsa dei peli al pube ed alle ascelle ed il farsi più alta la voce.

Ma l'ipogenitalismo può anche essere conseguenza dell'ipotiroidismo, in quanto che la funzione sessuale è anche in dipendenza di un funzionamento normale della tiroide. Nell'atireosi congenita e nel cretinismo precoce di alto grado, non si arriva alla maturità sessuale; i caratteri sessuali secondari mancano o sono scarsi; questi individui rimangono anche piccoli, ma si differenziano da quelli che sono tali per mancata funzione del lobo anteriore ipofisario per la notevole limitazione della psiche e per i gravi disturbi nella formazione dei nuclei ossei e nell'ossificazione delle epifisi.

La timectomia, nei bambini con ipertrofia del timo è raramente seguita da disturbi dell'accrescimento, che è normale ed accompagnato da gravi fenomeni di rachitismo. I fenomeni dell'ipogenitalismo, in questi casi, si estrinsecano soltanto con la manifestazione tardiva della maturità sessuale.

Rispetto all'infantilismo monoghiandolare, poca attenzione si è fin qui rivolta a quello plurighiandolare, sebbene esso sia di grande importanza pratica.

Per quanto riguarda l'acromegalia, è noto che non si tratta semplicemente di un aumento di accrescimento, ma di un notevole ingrossamento ed inspessimento delle parti sporgenti del viso e degli arti, che in certi casi può manifestarsi come aumentato accrescimento. In altri casi si ha un gigantismo con splancnomegalia, specialmente quando l'acromegalia colpisce i giovani. L'ultimo caso osservato dal-

l'A. riguarda un giovane di 21 anni, alto 209 cm., con enorme ingrossamento di tutti gli organi. Fatti di questo genere possono però osservarsi anche nell'età adulta come, per converso, anche nei giovani si può vedere l'ingrossamento delle estremità senza gigantismo. Lo sviluppo degli organi sessuali e dei caratteri sessuali secondari non partecipa, di solito, all'acromegalia; si ha una cessazione precoce della vita sessuale.

Il gigantismo da ipertiroidismo, descritto per primo da Holmgren, è più frequente di quanto non appaia dalla letteratura. Di 9 ragazze osservate dall'A., in cui il morbo di Basedow era comparso dai 15 ai 21 anni, si aveva soltanto in 3 l'accrescimento normale (che dall'A. è considerato di 154-162 cm. a 20 anni); nelle altre si aveva un'altezza maggiore che, per la più giovane, arrivava a cm. 181,3.

La *pubertà precoce* può essere data da disturbi dei surreni o della pineale; quest'ultima si manifesta in ragazzi prima dei 12 anni. Nel sesso femminile la massima importanza eziologica è dovuta all'ipernefroma e ai tumori della ghiandola germinativa. Le differenze cliniche fra le pubertà precoci di diversa origine non sono note; in tali casi, sarà bene procedere ad un esame accurato per stabilire l'eventuale causa locale; l'estirpazione delle ghiandole germinative può portare a guarigione, come ha dimostrato Sacchi fin dal 1895.

Le ghiandole endocrine subiscono anche influenze da parte del cervello, per cui si può avere in infantilismo plurighiandolare determinato unicamente da focolai cerebrali, per lo più tumori sul pavimento del 3° ventricolo.

Appartengono a questa categoria anche i casi di infantilismo plurighiandolare nei tumori giganteschi della regione ipofisaria, in cui l'ipofisi può rimanere intatta. Casi di questo genere sono rari e sono sempre stati mortali.

Anche la pubertà precoce può essere di origine cerebrale, come in due casi, di cui uno osservato dall'A., di bambine di 3 anni, in cui l'unica causa era da ricercarsi nell'idrocefalo.

Il complicato sistema cerebro-endocrino da cui dipendono lo sviluppo e l'accrescimento può, a sua volta, subire le influenze dell'ambiente. Così è noto che il clima tropicale e subtropicale può costituire una disposizione alla maturità sessuale precoce e, poichè con l'avvento della maturità sessuale si chiude in complesso l'accrescimento in lunghezza, gli individui rimangono piccoli. A questo fatto si connette la differenza di statura fra le popolazioni nordiche e quelle del sud. Quali fattori vi influiscano, se il caldo del sole, i raggi ultravioletti, la permanenza all'aria libera od altri non è ancor noto.

Le diverse influenze ambientali agiscono anche sul così detto infantilismo distrofico; così, la fame, l'iponutrizione, i catarri gastro-intestinali, vizi cardiaci congeniti od acquisiti; infezioni od intossicazioni croniche, tutti fattori dei quali, in singoli casi si è potuta dimostrare l'influenza sulle ghiandole endocrine, portando ad un infantilismo plurighiandolare.

Secondo Peritz, la causa comune delle lesioni delle ghiandole endocrine nell'infantilismo distrofico risiede in un impoverimento dei lipoidi dell'organismo. L'organismo in via di accrescimento ha bisogno della vitamina A, che un tempo era stata identificata con quella antirachitica e che con essa ha di comune il carattere lipoideo. Ora, se ad animali in via di accrescimento, pur dando nell'alimentazione la stessa quantità di calorie, si somministra dello strutto di maiale invece del burro che contiene la vitamina A, si osserva che essi rimangono arretrati nell'accrescimento e che la maturità sessuale si ha più tardi che non nei controlli. La stessa causa ha provocato l'infantilismo dei bambini durante la guerra e di quelli nelle zone di carestia della Russia.

Nell'infantilismo intestinale, viene introdotta una quantità sufficiente di lipoidi, ma la facoltà di assorbimento è deficiente, sicchè l'organismo non ne può usufruire a sufficienza. Probabilmente le stesse cause stanno alla base dell'infantilismo pancreatogeno.

Le infezioni croniche e le intossicazioni danneggiano l'organismo nel senso che questo combina i lipoidi presenti e li sottrae al ricambio; ed appunto la sifilide e l'alcoolismo posseggono al massimo grado tale proprietà di combinare i lipoidi e provocano le più gravi forme di infantilismo nell'età giovanile. Non è noto se la stessa influenza possa attribuirsi ai vizi cardiaci congeniti ed acquisiti in giovane età e all'ingrossamento del fegato e della milza che decorrono con le note dell'infantilismo.

LA TERAPIA.

Nell'insufficienza monoghiandolare, si possono talvolta ottenere ottimi risultati con la somministrazione di preparati delle ghiandole germinative, della tiroide, del lobo anteriore dell'ipofisi e forse anche dell'epifisi. I preparati più attivi sono quelli di tiroide; l'A., in un caso, ottenne un allungamento di cm. 20 e 1/2, in 2 anni e mezzo; Lucke, in un nano ipofisario, con la somministrazione del lobo anteriore dell'ipofisi, ottenne nello stesso periodo di tempo l'allungamento di 28 cm.; la somministrazione di quest'ultimo preparato, però, è attiva soltanto nel periodo dell'accrescimento.

Nel caso di insufficienza plurighiandolare, si ricorrerà alla poli-opoterapia, in cui la parte più importante è da attribuirsi alla tiroide ed al lobo anteriore dell'ipofisi. Ma, poichè questi casi subiscono molto l'influenza dell'ambiente e delle condizioni dell'organismo, così si provvederà in essi anche alla terapia causale.

Per quanto riguarda i disturbi dell'accrescimento e dello sviluppo determinati da iperfunzionalità delle ghiandole endocrine, si potrà provvedere all'allontanamento di tumori delle ghiandole germinative o dei surreni, nella pubertà precoce. Nell'iperfunzionalità della tiroide, non sono i disturbi dello sviluppo che possono dare indicazioni a riguardo dell'intervento.

Il trattamento delle condizioni ambientali che hanno dato l'infantilismo distrofico consisterà soprattutto nell'abbondante somministrazione di lipoidi. I preparati del commercio contengono di solito la vitamina D (antirachitica) anzichè quella A, che si trova essenzialmente nel burro e nel latte crudo. Si provvederà anche ad eliminare le cause che possono influire sulla sottrazione dei lipoidi; eventualmente si potranno introdurre questi anche per via parenterale.

In ogni caso, la conoscenza delle cause che influiscono sull'accrescimento e lo sviluppo potrà dare l'indirizzo per la terapia, a riguardo della quale non è più permesso sostenere oggi uno sterile nichilismo. FILIPPINI.

L'ipertonia costituzionale e la cosidetta reazione paradossa.

(O. MÜLLER e K. A. BOCK. *Deut. Med. Woch.*, n. 31, 2 agosto 1929).

Gli AA. hanno studiato a lungo il caso di un giovane sedicenne, il quale, dopo aver goduto fino all'età di 13 anni di ottima salute, cominciò ad ingrossare progressivamente, mentre un invincibile torpore fisico e psichico lo rendeva inabile allo studio e al lavoro. L'e. o. mise in rilievo un disturbo notevole dell'equilibrio endocrino, con manifestazioni varie, tra le quali notevolissima quella di una grave vasoneurosi, per cui la pressione sanguigna raggiungeva altezza inusitata per l'età del soggetto (170/114 mm. Hg).

La radiografia del cranio mostrò un impicciolimento della sella turcica e della fossa ipofisaria.

Le prove funzionali costituite dimostrarono anche la partecipazione di altre ghiandole endocrine, quali la tiroide e la surrenale.

Una cura a base di preparato di lobo anteriore ipofisario (Präphyson), protratta per 2 mesi, portò un miglioramento notevole, riducendo anche di molto l'ipertonia (139/108).

L'iniezione di 2 cmc. di tale preparato e di 1,5 cmc. di tiroxina produsse una forte reazione paradossa, con impallidimento fino alla scomparsa dei capillari delle unghie delle dita ed abbassamento della pressione sanguigna protratta per circa 24 ore.

Gli AA. prendono perciò lo spunto da tali fatti per discutere sull'influsso degli ormoni sugli endoteli capillari, mettendo in rilievo come spesso delle reazioni paradosse e dei tentativi terapeutici si completino col resultato di ottenere effetti favorevoli. M. FABERI.

ORGANI URINARI.

Le nefropatie nella malaria.

(L. PATERNI. *Riv. di Malariologia*, 1929, n. 1).

L'A. pubblica il resoconto di 10 casi di nefropatie in malarici; la proporzione con cui si è verificata tale complicazione è del 0,70 %. In grande maggioranza, i casi si ebbero in infezioni da *Plasmodium praecox*, nessuno in quartane. La proporzione nelle infezioni perniciose si elevò al 40 %. Risulta dalle osservazioni dell'A. la scarsa tendenza alla installazione delle nefropatie nella malaria e la variabilità di questa tendenza nelle varie annate.

Si tratta generalmente di alterazioni acute lievi e passeggiere; rare sono quelle di una certa entità, eccezionali le mortali.

Le forme acute lievi sarebbero forse passate inosservate se il paziente non fosse stato ricoverato in ospedale. Mancarono in queste forme gli edemi; albuminuria moderata (massimo 1-2 ‰), diuresi inalterata, peso specifico normale o poco aumentato, cilindri ialini e granulosi nel sedimento, raramente epiteliali, emazie. Funzionalità renale nei limiti fisiologici. I sintomi si dileguarono con lo scomparire degli accessi o poco dopo. Trattasi, in complesso, di alterazioni renali di lieve entità probabilmente con sede predominante nel parenchima o nei glomeruli.

Nelle forme più gravi (nefrosi o nefriti acute) si ebbero edemi discreti, albuminuria al massimo di 2-4 ‰, peso specifico sempre elevato, sedimento di cilindri ed emazie, mai ematurie macroscopiche, diuresi diminuita, azotemia aumentata nei casi di nefrite. Miglioramento rapido in 2 casi, più lento (al 40° giorno) in un altro.

Il caso di nefropatia mortale ebbe la durata di quasi due mesi; la cura intensiva chininica fece scomparire gli accessi ed i parassiti dal sangue, ma non ebbe effetto sulla lesione renale. Albuminuria non oltre il 5 ‰, azotemia pronunciatissima, peso specifico fra 1015 e 1018, cilindruria, eritruria, edemi non molto pronunciati, anuria. Caratteristico il vomito, anche fecale, nonostante non vi fossero ostacoli nell'apparato gastro-intestinale; coesistenza dei sintomi più classici di uremia, eclampsia, paralisi del facciale inferiore di destra, manifestazioni di diatesi emorragica.

Anatomicamente, la lesione renale risultò dominata da alterazioni parenchimali gravi, da ricordare quelle da sublimato; meno spiccate furono quelle glomerulari.

In complesso, non risulta alcun dato costante e peculiare delle nefropatie nei malarici; la connessione con la malaria va ricercata nell'insorgere delle manifestazioni renali in stretto rapporto con gli accessi, senza altre cause dimostrabili e nel ripresentarsi ai nuovi accessi di recidive. In genere, ma non costantemente, le manifestazioni si attenuano e scompaiono con la cura chininica; talvolta, la gua-

rigione è lenta, in qualche caso la nefropatia può essere ribelle.

Tenuto conto della rarità con cui si presentano attualmente le successioni morbose della malaria, le alterazioni renali si hanno con relativa frequenza. In confronto ad osservazioni precedenti, fatte nello stesso ospedale durante lo scorcio del secolo passato, si osserva attualmente una notevole attenuazione della sintomatologia ed una diminuzione della tendenza a passare allo stato cronico.

Per quanto riguarda i rapporti etiogenetici fra malaria e nefropatie, si osserva che nelle alterazioni renali dei malarici non si trova nulla di caratteristico che parli per l'etiologia malarica e solo eccezionalmente si può ammettere un'azione diretta del parassita malarico.

Però, la clinica e l'epidemiologia permettono di mettere in rilievo il rapporto fra infezione malarica ed alterazione renale. L'azione della malaria sul rene va considerata in senso molto lato; oltre al parassita ed ai prodotti del suo ricambio, si deve pensare alle alterazioni anatomiche determinate nell'organismo dalla infezione e capaci di farsi risentire in qualsiasi modo sui reni. Le nefropatie della malaria sono quindi inerenti alla malattia e connesse in modo speciale agli accessi acuti.

fil.

Nefrite e retinite albuminurica.

(L. AMBARD. *Arch. des malad. des reins*, ecc., agosto 1929).

Dal punto di vista dei sintomi associati, delle lesioni renali prevedibili quando si parta dagli esami retinici, della prognosi del tutto speciale per la sua gravità, la retinite detta albuminurica è sempre stata considerata legata alle nefriti.

Rimane da esaminare la natura del rapporto che lega la retinite albuminurica alla nefrite, se cioè entrambe siano soltanto gli effetti di una stessa causa, ovvero la retinite sia la conseguenza della nefrite.

Lo studio di questo problema si è sviluppato in tre tappe. Nelle due prime, si considera la retinite come una conseguenza della nefrite, analogamente all'elevazione dell'urea sanguigna. Dapprima si sono accumulate le prove della coincidenza della retinite con le alterazioni renali in genere, in seguito, dopo la dissociazione delle nefriti, si è venuto cercando a quale sindrome renale si associa la retinite. Attualmente, invece si considerano retinite e nefrite come manifestazioni di un disordine più generale ed il rapporto di causalità che si ammette consiste semplicemente nel possibile aggravamento della retinite da parte della nefrite.

Per quanto riguarda la sindrome renale che più spesso si associa con la retinite, Widal e Morax ammettono che sia l'azotemia, opinione confermata da altri. Ora, sebbene ciò possa ritenersi esatto per la maggior parte dei casi, non lo è per la totalità e si può rilevare, d'altra parte, che l'azotemia segnalata dai due autori citati è spesso tanto scarsa da poter mettere in dubbio la subordinazione della retinite all'azotemia.

Chauffard ha diretto la sua attenzione alla ipercolesterinemia, che Gaudissart ha trovato in 7 casi su 18. Con questa, non è più l'azotemia che è in causa, ma la nefrite idropigena, quella che si chiama oggi la nefrosi lipoidica.

Rimane poi a considerare l'etiologia angiospastica od arteriosa, ciò che può concretarsi nella coincidenza dell'ipertensione arteriosa con la retinite albuminurica. La tesi è stata sostenuta da diversi autori, che l'hanno trovata quasi costantemente. Per cui, allo stato attuale delle nostre conoscenze risulterebbe che la massima coincidenza con la retinite, si ha per l'ipertensione; viene in seguito l'azotemia e, da ultimo, l'ipercolesterinemia.

È però da porsi in rilievo che il problema non è mai stato esaminato nel suo complesso, sicchè gli autori che hanno ricercato la coincidenza con l'ipertensione hanno trascurato l'azotemia e così via.

Al ogni modo, esiste indubbiamente una coincidenza fra la retinite ed una sindrome renale caratterizzata da ipertensione, uremia ed albuminuria. Va quindi esaminato il problema se tale disturbo del funzionamento renale possa considerarsi la causa della retinite, ciò che l'A. esclude soprattutto per il fatto che l'ipertensione è frequente e la retinite invece rara e lo stesso può dirsi dell'azotemia. Ciò non esclude che costituitasi la nefrite, i disturbi renali possano farsi risentire sopra una retina già alterata e più sensibile.

Si tende, quindi ad ammettere che entrambe le affezioni derivino da cause più generali. La causa dell'arterite ci è attualmente sconosciuta, mentre per la nefrite, noi possiamo invocare talora una causa tossica od infettiva. Il problema fondamentale rimane però quello di conoscere la ragione per cui le cause morbose raggiungano dapprima il rene e poi la retina od inversamente oppure perchè, in altri casi, raggiungano entrambi contemporaneamente.

Considerato il problema sotto questo aspetto, esso ne coinvolge uno ben più generale, cioè quello della sintomatologia delle nefriti.

I DIVERSI TIPI DI NEFRITI.

Consideriamo dapprima il tipo di nefrite che è caratterizzato dall'edema, dall'albuminuria e dalla ritenzione clorurata. Ora, osserva l'A., quando noi parliamo di *nefrite edematosa,* possiamo noi affermare che l'edema sia la conseguenza di un disturbo funzionale del rene? Lo ignoriamo del tutto. E l'albumina che noi troviamo nelle urine, è essa dovuta ad un'anomalia funzionale del rene? Ignoriamo anche questo e così pure per ciò che riguarda la ritenzione clorurata.

È invece certo che, nella nefrite detta edematosa, noi osserviamo tutta una serie di disordini che non sono spiegabili con quello renale. Come spiegare, di fatto, con quest'ultimo, l'alterazione del rapporto fra globulina ed albumina nel sangue e la comparsa nel sangue di lipoidi che raggiungono talora quantità notevoli? Inoltre, è noto che, sotto l'edema che gonfia i tegumenti, si nasconde talvolta una vera fusione del tessuto muscolare.

Sicchè, la tendenza moderna è di considerare la nefrite idropigena, o la nefrosi (le parole non cambiano nulla) come una sindrome generale, che colpisce con una data alterazione la maggior parte dei tessuti e degli organi. Per un puro caso, i sintomi più appariscenti sono quelli urinari, l'oliguria, la cilindruria, l'albuminuria e sono quindi quelli che hanno più colpito i clinici, il che non toglie che, nella sindrome, l'alterazione renale non sia che una manifestazione.

Nella *nefrite azotemica*, ci sembra di essere sopra un terreno più solido. Con l'aumento della quantità di urea sanguigna, noi abbiamo una prova netta di un'alterazione renale; inoltre, indubitabili documenti fisiologici ci permettono di pensare che, se nell'azotemia l'urea si elimina male, vi è anche scarsa eliminazione di altri elementi urinari, essi pure tossici.

I SINTOMI DELL'UREMIA.

Ma è possibile costituire su questa base una sintomatologia dell'uremia? Lo si riteneva qualche anno fa, ma ora non lo si crede più.

Per convincercene, prendiamo l'uremia al suo stadio più avanzato, con 2-3 grammi di urea nel sangue e, di conseguenza, con un disturbo renale abbastanza accentuato perchè i sintomi morbosi diventino evidenti se possono essere dati da tale causa.

Ora, vi è un fatto ben noto ai clinici: con 2 grammi di urea nel sangue, vi sono degli individui astenici, pallidi, dispnoici e dimagriti; ve ne sono, invece, altri che presentano tutta l'apparenza della salute e che, anche dal punto di vista subbiettivo sono normali. Ed è certamente imbarazzante il rilevare che la sintomatologia dell'uremia è tanto incostante, anche quando l'uremia è così elevata.

Ma le sorprese non mancano anche allorchè i sintomi detti uremici si sono costituiti.

Uno dei grandi sintomi dell'uremia è il torpore, frequente allo stadio terminale, non che non è costante. Invece di esso, si può osservare dell'eccitazione o del delirio. Non è egli strano che una stessa causa provochi ora l'eccitazione, ora la depressione? Le ricerche recenti ci permettono di portare un po' di più di luce su questo argomento. Si ammette sempre più spesso che l'eccitabilità dei centri nervosi sia in rapporto con la quantità di cloruri nel sangue o, per esprimerci con maggiore precisione, con la cloridria dei tessuti, comandata dalla quantità dei cloruri sanguigni. Si è veduto che in certi uremici si ha un forte abbassamento dei cloruri sanguigni, mentre in altri si ha una vera ipercloremia. L'A. ritiene che l'ipocloremia si trovi negli uremici puri, mentre l'ipercloremia si troverebbe in quelli con albuminuria. È quindi probabile che l'ipo- e la ipercloremia siano, volta a volta, responsabili della depressione o dell'eccitazione.

Ma una tale patogenesi esce dal quadro dell'uremia propriamente detta, quale la si concepisce attualmente. Queste anomalie dei cloruri sanguigni non dipendono nemmeno dal processo di nefrite idropigena; gli esami del sangue praticati in questa malattia provano la loro assenza, mentre d'altra parte, e questo conferma i dati di laboratorio, nella nefrite idropigena, non vi è nè depressione, nè eccitazione nervosa.

Il primo dei sintomi uremici che noi incontriamo solleva quindi il problema della cloruremia, che finora non aveva ancora il suo posto in nessuna delle nefriti classiche.

Un altro sintoma uremico è la dispnea. È noto che essa è assente nella nefrite edematosa e nemmeno è frequente nelle nefrite uremiche pure, mentre invece essa è frequente nell'uremia associata con un po' di albuminuria e non è più discutibile oggi che questa dispnea retrocede col regime declorurato. Lo stesso effetto di tale regime si osserva per l'aspetto pallido di certi uremici, i quali migliorano e riprendono l'aspetto normale senza che sia variata la quantità dell'urea sanguigna.

Non è quindi dubbio che certi sintomi detti uremici siano, invece, dei sintomi di ipo- o di iperclorinemia, ma con questa particolarità che essi possono aversi soltanto in certi uremici.

Che resta dunque della sintomatologia propria dell'uremia? Senza dubbio, vi sono molte manifestazioni, ma per nessuna si è potuta dare la prova etiologica. È possibile che il notevole dimagrimento degli azotemici sia di natura uremica e così pure per alcuni pruriti ribelli e forse anche per alcune anemie a tipo pernicioso.

L'EVOLUZIONE NEL CONCETTO DI NEFRITE.

Dal punto di vista fisio-patologico, è opportuno conservare la differenziazione fondamentale stabilita da Widal fra una ritenzione clorurata con edema e senza ritenzione ureica e la ritenzione ureica senza ritenzione clorurata e senza edema. Ma appare indispensabile aggiungere a queste sindromi, quelle di ipo- e di ipercloridria tessulare, poichè la loro esistenza è provata dagli esami del sangue e dei tessuti e la loro importanza clinica è stabilita dagli effetti terapeutici manifesti della infestione o della soppressione del sale, secondo i

casi. Tali sindromi non rientrano nella classificazione di Widal.

D'altra parte, dal punto di vista clinico, è meglio confessare che tutto rimane da fare. Descrivere una sindrome subordinata alla nefrite idropigena è un'opera chimerica. Quello che esiste, è una sindrome generale, con alterazione della albumine del sangue, con disturbo nel metabolismo dei lipoidi e con una modificazione delle urine, ma noi ignoriamo se questa sindrome sia dovuta all'alterazione del sangue ovvero a quella delle urine.

Ugualmente chimerico sarebbe descrivere una sindrome uremica. Negli uremici, si osservano certi sintomi che hanno dei caratteri, spesso in rapporto con la ipo- o l'ipercloruremia ed altri, di cui la natura uremica è probabile, ma non è dimostrata.

Si può quindi pensare che, pur senza sostenere un'opinione eccessiva al riguardo, nella sintomatologia attribuita alle nefriti, accanto ad alcuni disturbi subordinati all'alterazione renale, ve ne sono altri provocati dalla stessa causa che ha provocato tale alterazione renale. S'impone quindi una revisione del problema; quello dei rapporti fra retinite e nefrite non è che un caso particolare di tale problema generale, con cui la medicina generale è attualmente alle prese.

FILIPPINI.

Nefrosi lipoidee.

(F. GALDI e C. CASSANO. *Folia Medica,* num. 28, 1928).

La constatazione d'un alterato ricambio lipodeo in affezioni renali risale al 1911, allorchè Chauffard, Laroche e Grigaut potevano osservare un caso di intensa albuminuria associata a ipercolesterinemia, e senza azotemia, edemi e disturbi cardiovascolari.

In seguito per opera di Munk fu messa in evidenza la forma di nefrosi lipoidea, la quale presenta una spiccata eliminazione di sostanze grasse con l'urina ed una contemporanea lipemia.

Tale concetto venne in seguito ripreso, e mentre Epstein attribuiva ai reni la causa della lipuria, come conseguenza di una maggiore permeabilità degli epiteli per i lipoidi, altri AA. interpretavano la lipuria come un alterato ricambio dei lipoidi, anche di origine costituzionale.

Anche presentemente è dubbio se l'alterato ricambio dei lipoidi e dei proteidi, associandosi sempre albuminuria a tali disturbi, sia di origine renale, oppure di origine organica generale.

Alla questione portano un contributo gli AA., riferendo il caso di una inferma in cui fu trovata una quantità di grassi nell'urina oscillanti tra 1,74 e 6,40 %, insieme ad un'albuminuria tanto maggiore, quanto più alta era la lipuria.

Nel sangue il tasso dei lipoidi era anche aumentato, ma non in rapporto coi pasti; non fu notata equivalenza tra iperlipemia e lipuria, il che costituisce un disordine del ricambio dei grassi. Questa incompleta metabolizzazione dei grassi, costringe l'organismo ad attingere dai carboidrati le sostanze energetiche, per cui si ha una ipoglicemia, scarsamente influenzata da somministrazione di levulosio; la ipoglicemia associata alla iperlipemia e alla lipuria costituisce la nefrosi lipoidea, la quale potrebbe anche essere chiamata diabete lipurico, in analogia con quanto avviene nel diabete mellito per gli idrtai di carbonio.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. UBERTO ARCANGELI. *Sulle febbri da tubercolosi occulta o criptotubercolari.* Luigi Pozzi, Editore. Roma, 1929. Prezzo L. 10.

L'A. col nome di febbri criptotubercolari o da tubercolosi occulta descrive febbri dovute al bacillo di Koch, nelle quali a prima vista e ad un esame superficiale non appare chiara la natura dell'infezione e la sua localizzazione: la denominazione — febbri criptotubercolari — va presa in senso relativo, e serve solamente a scopo didattico.

L'A. descrive cinque tipi di queste febbri:

1) febbricole tubercolari;

2) febbri episodiche, accessionali della durata di 4-5 giorni;

3) febbri moderate della durata di 2 settimane circa (le così dette febbri gastriche dei vecchi medici);

4) febbri somiglianti grossolanamente ad una febbre tifoide (la così detta tifobacillosi di Landouzy);

5) febbri irregolari, spesso a tipo pioemico o pseudomalarico, della tubercolosi miliarica (malattia di Empis).

Di ciascuna forma, oltre alla descrizione dei sintomi clinici, parla delle lesioni anatomopatologiche (per solito nei polmoni e nelle glandole linfatiche), dei risultati dell'esame radiologico, della patogenesi, della diagnosi diretta e differenziale, della prognosi e della cura.

Sostiene che la diagnosi è quasi sempre possibile coi criteri clinici e con l'esame fisico ordinario; di grande utilità sono l'esame radiologico del torace, la cutireazione alla tubercolina e le ricerche di laboratorio, sopratutto per la diagnosi differenziale che non va mai trascurata.

La monografia è scritta nello stile chiaro e brillante che è proprio dell'A.: è lettura piacevole, assai istruttiva per tutti e utilissima sopratutto per i medici pratici, poichè diretta

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

a combattere un errore dei più diffusi, quello di considerare i febbricitanti oscuri come affetti da « infezione intestinale », errore che porta a conseguenze sempre gravi e talora funeste, come quella di curare con purganti, dieta « sottilissima », e magari col digiuno, a volte per settimane e mesi, individui che avrebbero invece bisogno di alimentazione abbondante e sostanziosa.

È da ricordare che è merito principalissimo del prof. Arcangeli l'avere insistito su tale argomento già molti anni or sono; quando ben più ardito che non a noi oggi pareva l'insegnare che ad una certa categoria di febbricitanti si deve dar da mangiare. Molte generazioni di medici romani hanno appreso da lui gli elementi sui quali il medico si deve poggiare per distinguere questa dalle altre categorie di febbricitanti. Tutti vedono oggi con grande piacere raccolte in forma di monografia gl'insegnamenti che sono sopratutto frutto di una vasta esperienza clinica personale quale è quella dell'A.; e la monografia avrà quel largo successo che hanno le opere dalla lettura delle quali tutti possono trarre un reale profitto.

F. BIGNAMI.

H. JUMON. *L'auscultation pulmonaire moderne.* Un vol. in-16°, di 216 pag., con 30 fig. N. Maloine ed. Paris, 1929. Prezzo Frs. 26.

L'ascoltazione polmonare moderna è caratterizzata dalla combinazione della steto-acustica con la radiografia polmonare, la quale ultima stabilisce il legame indispensabile fra lo stetoscopio e la sala di autopsia.

L'A. inquadra l'ascoltazione polmonare nel complesso dell'esame del malato, indicandone le modalità e la maniera di rilevarle, spiegandone il meccanismo di ogni segno che viene poi riportato nella semeiologia generale al posto che essa deve occupare e nella sindrome respiratoria fondamentale di cui esso è espressione. Ogni affezione che esso contribuisce a rivelare è quindi descritta nelle sue grandi linee cliniche, in funzione delle lesioni anatomiche e dei documenti radiologici. La nomenclatura dei segni di ascoltazione viene notevolmente semplificata raggruppandoli per famiglie. Questo libro utile per ogni studente ed ogni medico pratico è accompagnato da schemi e da un quadro completo dei segni grafici di ascoltazione. *fil.*

M. BARBÀRA. *La costituzione degli eredotubercolosi.* Un vol. di pag. VIII-318, con figure. Bologna, Cappelli, 1929. L. 40.

Dopo avere dettagliatamente analizzato i vari argomenti che hanno attinenza con lo studio delle caratteristiche costituzionali dei figli di tisici, l'A. affronta in maniera ancor più particolareggiata il quesito circa l'esistenza o meno di una costituzionale predisposizione ad ammalare di tubercolosi.

A tal uopo il Barbàra ha eseguito lunghe e delicate indagini sopra una centuria di eredotubercolosi sani, tolti al contagio e posti nelle migliori condizioni di ambiente.

E dappoichè l'esame quantitativo, qualitativo e cronologico dello sviluppo somatico di questi soggetti assieme all'esame clinico-costituzionalistico pone in rilievo una lunga serie di deficienze, anomalie e particolarità morfologiche, funzionali e biochimiche aventi il significato di « fattori predisponenti », così il Barbàra conclude in favore della classica dottrina e cioè della predisposizione costituzionale: per cui la Clinica dovrà seguitare a riconoscere nei figli dei tisici i soggetti più predisposti, l'Eugenica dovrà tendere a limitarne le nascite e l'Igiene farà opera di sana profilassi sociale curandone in ogni possibile modo la bonifica, il risanamento, il miglioramento della costituzione. A. POZZI.

Contributions to the Study of Tuberculosis by Research Department of the National Jewish Hospital at Denver. Vol. III. Denver, Colorado, 1926.

Questo volume raccoglie una ventina di memorie che attestano la speciale attività spiegata dall'Ospedale Nazionale Israelita di Denver nello studio della tubercolosi. Coprono tutti i campi della tisiologia, dalla storia (Laennec, Brehmer, Louis) alla medicina sociale; ma per la massima parte sono consacrate alle ricerche scientifiche (localizzazione della tubercolosi nei vari organi di vari animali, struttura del tubercolo, citomorfosi del bacillo, ecc.) e alla clinica (dietetica, chirurgia della tubercolosi, roentgenologia della tubercolosi ilare, ecc.).

R. B.

G. QUARTA. *Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito? Guida pratica per infermieri od infermiere.* IV edizione. Un vol. in-8°, di 311 pag., con 112 fig. L. Pozzi ed. Roma. Prezzo L. 18.

Osserva giustamente l'A. nell'introduzione che l'assistenza di un malato non è facile impresa; oltre alle indispensabili qualità morali, si esigono, di fatto, particolari cognizioni tecniche, per chi si accinge a questa professione che ha dell'apostolato e che è necessario complemento dell'assistenza medica. È tutta una preparazione lunga e paziente che, se va completata con la pratica, va fatta anche sui libri a cui l'infermiere potrà, in seguito, anche ricorrere in casi dubbi.

Ottima guida per tale scopo ci è offerta da questo libro del prof. Quarta, che è stato accolto con tanto favore dal pubblico, sì da arrivare in pochi anni alla sua quarta edizione.

Dopo brevi capitoli sui doveri dell'infermie-

ra, sull'assistenza al malato in casa, nell'ospedale, ecc., l'A. espone i necessari elementi di anatomia e fisiologia. Tratta in seguito le malattie nel campo medico, fornendo dapprima alcune nozioni generali, specialmente sulle malattie infettive e passando poi all'assistenza vera e propria, diffondendosi anche sui particolari, in modo che l'infermiere possa facilmente attuare nella pratica gli insegnamenti fornitigli. Dà poi alcune nozioni di patologia medica, sulle malattie infettive, sugli avvelenamenti, sui soccorsi d'urgenza.

Nella quarta parte, si occupa dell'igiene, alimentazione, assistenza della prima infanzia, con accenno alle malattie più comuni e, da ultimo, tratta l'assistenza ai malati chirurgici, ivi comprese le fasciature, completando il volume con un dizionarietto dei termini più comuni usati in medicina.

L'esposizione è chiara ed efficace, le figure sono dimostrative.

Il libro, oltre agli infermieri di professione, sarà di grande utilità per tutte le persone che assistono malati in casa, nonchè per i medici che debbono fare corsi per infermieri o dare istruzioni in proposito al personale ospedaliero ed alle famiglie.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società di Cultura Medica Novarese.

Seduta del 4 novembre 1929.

Presidente: Prof. L. BACIALLI.

Utero bicorne, bicolle, gravidanza contemporanea nei due corni.

Dott. P. COSTANTINI. — L'O. illustra due casi di malformazione di organi genitali femminili osservati in questi ultimi tre mesi.

Nel primo si tratta di utero bicorne e bicolle con mioma fortemente anemizzante in uno dei due corni. Un'isterectomia addominale totale ha guarito radicalmente l'ammalata.

Il secondo caso concerne una donna che portò a termine sei gravidanze con parto spontaneo e che sempre presentò a destra dell'utero un tumore, diagnosticato come cisti ovarica, e che non turbò mai nè le gravidanze nè i parti. Ora, gravida per la settima volta, si presenta al chirurgo perchè il vecchio tumore vicino all'utero va rapidamente ingrossandosi. Si decide un intervento ed all'apertura dell'addome si vedono due uteri simmetrici tutti e due gravidi.

L'O. di fronte a questa evenienza ha rinchiuso l'addome proponendosi di intervenire con taglio cesareo quando sarà il momento opportuno.

La gastropiloro duodeno-enteroanastomosi alla Delbet Devadder.

Dott. P. COSTANTINI. — L'O. riporta la storia clinica di una paziente operata di gastrenteroanastomosi per ulcera duodenale, e che in seconda giornata dall'intervento cominciò a presentare segni di circolo refluo e di stasi duodenale. In quarta giornata, essendo inutili le lavande gastriche, dovette reintervenire e praticare una nuova anastomosi. Scelse il metodo Delbet Devadder e l'esito fu ottimo; la circolazione gastrointestinale fu ristabilita in modo perfetto. Dopo tre mesi però comparvero ancora vomiti e l'O. dovette intervenire una terza volta per abolire totalmente la prima gastrenterostomia malfunzionante.

Su un caso di "spasmo di torsione,,

Dott. A. PANAGIA. — L'O. illustra un caso di « spasmo da torsione ». Trattasi di un giovanotto attualmente dell'età di 20 anni che da una decina di anni circa, dopo aver prima sofferto influenza e poscia subito un forte spavento, cominciò a presentare tremori e quindi spasmi muscolari, che si localizzarono con maggiore intensità al tronco ed agli arti inferiori, accentuandosi specialmente durante la posizione eretta ed il cammino.

Afferma trattarsi indubbiamente di uno *spasmo di torsione* mettendo in evidenza i diversi dati clinici, che nel caso in discussione debbono portare alla diagnosi della affezione suddetta.

Dice in ultimo come ormai dalla grande maggioranza degli AA. si tenda a considerare lo « spasmo di torsione » come una sindrome morbosa anzichè come una malattia autonoma, tendenza questa del resto che parecchi vogliono estendere a tutte le affezioni che hanno come base anatomo-patologica le lesioni del corpo striato (M. di Wilson, pseudo sclerosi, paralisi agitante, ecc.).

Nel caso in discussione l'etiopatogenesi deve quasi certamente cercarsi in una encefalite epidemica a decorso subdolo.

Spasmo del piede in emisindrome postencefalitica.

Dott. G. VERCELLI. — L'O. presenta il caso di un individuo di 26 anni il quale, in seguito ad uno sforzo prolungato della musculatura degli arti inferiori (dopo una gara di resistenza di charleston!!) ha accusato la comparsa di uno spasmo in varo equinismo del piede destro, il quale si stabilisce solamente durante i movimenti del cammino. A parte il curioso modo di iniziarsi dello spasmo, il caso si presenta assai interessante, verificandosi in esso la così detta « discinesia paradossale »; l'a. può infatti non solo compiere liberamente tutti i movimenti del piede in posizione orizzontale, ma può anche camminare all'indietro, correre, salire le scale, senza che intervenga lo spasmo. Circa l'etiologia di questa distonia — che iniziatasi al piede va rapidamente guadagnando tutto l'arto inferiore ed in parte anche il tronco, assumendo l'aspetto di un classico spasmo di torsione — si deve pensare all'origine post-encefalitica; infatti nell'anamnesi si trova un'encefalite sofferta dieci anni fa e l'esame neurologico mette in evidenza una netta emisindrome parkinsoniana dal lato dello spasmo.

Sul metodo di Delmas.

Prof. L. BACIALLI. — La rachianestesia praticata secondo le regole volute dal Delmas stesso

rende effettivamente il collo uterino ed il segmento inferiore facilmente e rapidamente dilatabili senza portare alcun inconveniente materno nè locale nè generale e nemmeno al feto.

La rapidità colla quale detta pratica ci fa ottenere lo scopo prefisso è certamente maggiore di quella che si può ottenere con gli altri noti mezzi di dilatazione forzata nè vi è da temere che l'utero si comporti diversamente del solito dopo il suo svuotamento nè dopo il secondamento.

Alle indicazioni suggerite dal Delmas l'O. aggiungerebbe anche le interruzioni di gravidanza a scopo medico e segnatamente quelle dopo il 2° mese: seguendo casi di inerzia uterina o di eccessiva lunghezza del periodo dilatante ha veduto aumentare rapidamente la dilatazione e scendere notevolmente la parte presentata sicchè un'immediata applicazione di forcipe ha potuto, nei casi opportuni, liberare l'utero in poco tempo. In caso di eclampsia o di malattie scompensate di cuore o di sofferenze fetali per procidenza del funicolo, è, si capisce, giuocoforza ricorrere al rivolgimento che riesce peraltro facile e scevro di pericolo.

Essendo la donna anestetizzata, si può eseguire senza ricorrere, come è quasi sempre necessario, alla narcosi.

Ha già esperimentato il metodo anche nella placenta previa con ottimo risultato, ma nonostante questo e le lodi che se ne sono già fatte, l'O. ritiene che esso possa rappresentare analogo vantaggio solo in certi casi di tale forma ostetrica grave e non in tutti giacchè in alcuni di essi il vantaggio del taglio cesareo sembra ormai difficilmente raggiungibile.

Lupus volgare ed artrite deformante.

Prof. M. ARTOM. — L'O. presentando un paziente da 10 anni affetto da lupus volgare al naso e da 15 anni presentante una grave affezione articolare che ha determinato anchilosi o semi anchilosi di tutte le articolazioni con evidente deformazione di gran parte di esse, trae occasione per ritornare sulla discussa questione degli pseudo reumatismi cronici tubercolari.

Rivendicato il merito di Grocco in tal campo, l'O. discute le caratteristiche cliniche, radiologiche, ed anatomo-patologiche proprie di tali forme morbose e dai dati della storia clinica del paziente presentato, come pure dai risultati delle ricerche fatte, trae la conclusione che a tal gruppo di affezioni sia da ricondurre la forma clinica studiata.

Da un confronto di tali quadri clinici di tubercolosi articolare cronica con quelli della psoriasi artropatica trae lo spunto per trattare della questione dell'essenza tubercolare della psoriasi.

Febbre nella lue congenita e febbre da lue congenita.

Prof. P. FORNARA. — L'O. ricorda la possibilità troppo spesso ignorata dal pratico che la sifilide, acquisita o congenita, decorra nelle sue diverse manifestazioni, nei suoi diversi stadii con decorso febbrile e ricorda le diverse modalità di questa febbre sifilitica: espone 4 casi personali, tre di febbricola in soggetti con lue congenita spesso a Wassermann negativa rapidamente troncata da una cura antiluetica, il quarto a tipo pseudo tifoide con Wassermann e Meinicke ripetutamente negative nel sangue anche dopo riattivazione ma con reazione meningea di sicuro carattere luetico, che notevolmente migliorato con una cura antiluetica presentò nel proseguo della cura, forse per intolleranza della cura stessa, ripresa della febbre e comparsa di diarrea sanguigna che causò la morte.

La roentgenterapia nelle neoformazioni ossee post-traumatiche.

Dott. E. GIUBERTONI. — L'O. presenta un caso di esostosi post-traumatica del brachiale anteriore, consecutiva a lussazione posteriore del gomito, manifestatasi precocemente in una donna di 23 anni.

L'O. enumera i vari metodi terapeutici comunemente usati, ricordando i danni che possono derivare da manovre inopportune (massaggio) o da intervento chirurgico tardivo sul travaso sanguigno, ed infine espone i vantaggi della roentgenterapia sugli altri metodi terapeutici, quando essa sia applicata all'inizio del processo di neoformazione ossea.

L'indagine radiologica nei flemmoni perirenali.

Dott. R. RINALDI. — Sulla scorta dei dati clinici e radiologici, e di esami della funzione secretoria renale durante e dopo la paranefrite, l'O. conclude:

1) che la suppurazione perirenale cosidetta primitiva si accompagna frequentemente a diminuzione dell'attività secretoria del rene interessato.

2) che la diminuita funzionalità di questo rene è transitoria e scompare colla guarigione dell'ascesso.

3) che la causa di questo fenomeno inibitorio è da ricercarsi in una turba dinamica del meccanismo escretore pielo ureterale.

Il Segretario: Dott. R. RINALDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La diagnosi dell'ulcera perforata.

La perforazione d'un'ulcera gastrica o duodenale spesso si accompagna ad un tale corteo sintomatologico da non lasciar dubbio; tante volte però la perforazione, che è riconosciuta sopratutto dalla peritonite sopraggiunta, non presenta alcuna caratteristica evidente per essere sospettata. La stessa peritonite è in rapporto a condizioni speciali, così: grandezza e forma della perforazione, stato di riempimento dello stomaco al momento della perforazione, successivo comportamento del malato, coricato od alzato.

Il grave shock che accompagna per solito la perforazione può anche mancare, e C. Neller (*Münch. Med. Woch.*, n. 13, 1929) riferisce d'un uomo che dopo la perforazione potette fare un viaggio in ferrovia di 1/2 ora.

Il dolore vivo, trafittivo, lancinante può o mancare o non presentare queste caratteristiche, come d'altra parte un dolore con tali caratteri può non essere in rapporto con una perforazione, come nel caso riferito dall'A., in cui il dolore, che deponeva per una perforazione, si attenuò dopo qualche ora e cessò completamente; si trattava probabilmente di una colica nicotinica, che aveva simulata una ulcera perforata.

Altri sintomi che depongono per la perforazione sono costituiti dalle raccolte di liquido e d'aria nel peritoneo. Il primo si può mettere in evidenza allorchè è abbondante, come accade quando il paziente ha bevuto molta acqua dopo la perforazione; l'aria si constata all'atto dell'apertura del peritoneo, allorchè fuoriesce dalla ferita, con rumore sibilante. Anche questi due sintomi però sono poco netti e non frequenti, per cui hanno un dubbio valore diagnostico.

Il Neller richiama invece l'attenzione su alcuni sintomi di notevole importanza, per la diagnosi d'ulcera perforata.

1) La peritonite che segue alla perforazione fa depositare, per un'azione aspirante, uno strato di fibrina sulla superficie del fegato e sulla faccia inf. del diaframma.

Per tale evenienza il paz. ha un tipo di respirazione speciale così come si ha nella pleurite diaframmatica: respiro prevalente toracico, breve, superficiale, frequente; all'inizio dell'espirazione si avverte l'aprirsi improvviso della glottide, che talora si può accompagnare ad un gemito.

2) L'irritazione del frenico diffonde un dolore alla spalla S. ed alla D., importante sintomo iniziale.

3) Per evitare la distensione forzata dei muscoli retti dell'addome, il paz. passa dal decubito supino a quello seduto aiutandosi con le braccia; si può talora osservare in concomitanza dello sforzo una contrazione dolorifica dei muscoli del viso; questo segno pur essendo comune ad altre malattie è molto più spiccato nelle perforazioni gastrointestinali ed in seguito ad appendicite. CARUSI.

La ricerca delle emorragie occulte del tubo digerente.

L. Pron e Koopman ritengono che il metodo migliore sia quello di Boas che è una modificazione del vecchio metodo di Weber al guaiaco.

Si prepara una soluzione di 70 grammi di cloralio idrato, aggiungendovi alcool a 90°, in modo da ottenere 100 grammi.

A 2 cmc. della soluzione, si aggiungono 10 gocce di acido acetico cristallizzabile, si agita e si lascia riposare per 5 minuti circa. Vi si aggiunge un pochino di resina di guaiaco polverata, si agita e si lascia riposare ancora e vi si aggiungono 1-2 cmc. del liquido sospetto (per le feci, una diluizione di queste) e poi 5 gocce di acqua ossigenata a 12 volumi.

Se la reazione è positiva, la miscela prende un colore verde-turchino vivo, in *qualche secondo;* se la colorazione è verde sporco o tarda a comparire, non se ne tiene conto.

All'acqua ossigenata è conveniente sostituire un poco di perossido di bario, che ha il vantaggio di essere più stabile.

(*Tribune médicale*, ag. 1929). *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Una nuova malattia, con crisi d'ipertonia parossistica:

Si tratta d'un caso osservato da G. Marinesco e S. Draganesco (*Paris Méd.*, 6 apr. 1929).

Una giovane di 24 anni, all'età di 8 anni cominciò ad avvertire un certo grado di rigidità agli arti inferiori, durante la deambulazione. Ad 11 anni la rigidità si diffuse agli arti superiori ed al tronco. Due anni dopo si generalizzò a tutto il corpo; di preferenza la sera, ad intervallo d'una settimana, comparivano crisi di ipertonia, con trisma e deviazione verso l'alto dei globi oculari. Negli anni successivi le crisi si fecero più frequenti, ed a 18 anni, epoca in cui fu ricoverata, le crisi venivano ogni giorno, mai durante il sonno.

Un fratello della paz. dopo qualche tempo presentò le stesse crisi.

Le iniezioni di joscina facevano cessare lo stato d'ipertonia, e talora potevano impedirne l'insorgenza.

Essendo morta la paz. per bronco-polmonite, l'autopsia mostrò una lesione del *locus niger*, con decolorazione delle cellule, le quali erano gonfie, ma non diminuite di quantità; molte non contenevano melanina, ma granulazioni di lipofuxina; alcune cellule contenevano abbondanti granulazioni di ferro. Queste alterazioni di pigmentazione avevano lasciato intatte le cellule del *locus coeruleus*, quelle della formazione reticolata del bulbo, e quelle della pro-

tuberanza. Invece il *globus pallidus* ed i fasci di sostanza bianca pallido-putaminali presentavano una netta colorazione azzurra.

Gli AA. notano l'analogia tra le manifestazioni presentate dalla paz. e le crisi isteriche, e pensano che vi possano essere delle simiglianze tra le due forme. CARUSI.

Sciatica e cellulalgie.

Le cause del dolore lungo lo sciatico sono quasi infinite, e tutti sanno come sia difficile una esatta diagnosi etiopatogenetica, quindi come siano rare le diagnosi di sciatica sintomatica, mentre quella di sciatica essenziale non nasconde spesso, che l'insuccesso delle nostre ricerche etiologiche.

Paviot, Martin, ecc. (*Le Journ. de Méd. de Lyon*, vol. X, n. 217, 1929) ricordano come quando l'E. O. è negativo si deve sempre pensare e cercare le cellulalgie. La diagnosi si basa essenzialmente sulla assenza dei segni di Valleix e di Lasègue e sulla presenza di piastre, noduli dolorosi nel tessuto cellulare delle regioni glutee. In questi casi la cura locale di massaggi fa ridurre i noduli e scomparire il dolore. L. TONELLI.

Considerazioni cliniche generali sulle cellulalgie.

Queste lesioni sono state descritte da moltissimo tempo; fin dal XIX secolo gli Inglesi le considerano causa del reumatismo cronico e muscolare. Balfour (1816), Scudamore (1827) parlano di nodosità reumatiche.

Paviot e Lagèze (*Le Journ. de Méd. de Lyon*, t. X, n. 217, genn. 1929) ne fanno uno studio quasi completo. I sintomi clinici sono di due ordini: dolori e modificazioni di consistenza del tessuto connettivo, muscolare od aponeurotico, in forma di nodi, placche o strie. Le sedi di elezione sono: interlinea sacco-iliaca, fessura iliaca esterna, bordo superiore della cresta iliaca, tra sterno cleido e trapezio, nei m. temporali, nelle fosse sopraspinose, nei m. delle docce paravertebrali e nella massa sacrolombare; nel V deltoidieno, nell'aponeurosi *fascia lata*.

Si hanno così algie essenziali spesso associate a emicrania, urticaria, crisi d'asma e altre manifestazioni di epatismo. Frequente è l'insufficenza proteopessica del fegato, e spesso, forse perciò, si riscontrano in alcoolizzati, antichi dissenterici, malarici o suppuranti cronici.

A lato del terreno epatico, il terreno tubercolare è spesso in causa.

Terapia: se c'è insufficenza epatica si curi questa [choc peptonico, adrenalina (?)], sopprimere i grassi, le albumine del latte e delle uova; contro il dolore, massaggi.

L. TONELLI.

Cura dell'epilessia essenziale.

Ph. Pagniez (*L'épilepsie*, Masson ed. 1929), rileva che, per quanto riguarda il regime, si deve insistere sull'importanza del zucchero, di cui vanno somministrati 200 grammi al giorno. Questo sarebbe utile per distanziare le crisi.

Assai importante è altresì il *digiuno*, che apporta miglioramenti nel metabolismo degli epilettici. Si mette l'individuo a digiuno ed a letto per una settimana, durante la quale non gli si dà che dell'acqua, del brodo chiaro, un dolce di crusca (*un gâteau de son*) e del succo d'arancio. Si da poi un regime con 10-15 grammi di idrati di carbonio ed 1 grammo di proteina per kg. Vi si aggiungono 7 grammi di grasso per grammo di idrati di carbonio e di proteine. Trattasi di un regime efficace, ma che non può essere continuato a lungo.

Pagniez consiglia di non abbandonare i bromuri, che si dànno alla dose di 2-4 grammi al giorno per i ragazzi dai 12 ai 15 anni e di 4-6 e più per l'adulto. Si prescrivono cure continue o discontinue, ma sempre col regime declorurato.

Il tartrato borico-potassico, in soluzione di 20 grammi per 300 di acqua (un cucchiaio contiene 1 grammo) si dà a dosi di 1-3 grammi al giorno. Questa terapia è utile per gli individui che non tollerano il bromuro od il gardenal, ma è soprattutto conveniente come cura intermedia fra i trattamenti al bromuro ed al gardenal.

La feniletilmalonilurea o gardenal è attualmente il medicamento di scelta nell'epilessia. Esso però sospende gli attacchi, ma non guarisce la malattia. Lo si deve usare in modo continuo. La suscettibilità a tale rimedio varia di molto secondo gli individui. Si incomincia con dosi di 15-20 cg. ripartiti in 2-3 volte nella giornata e, se l'effetto non si manifesta, si può salire fino a 40.

Quando, con opportuni tentativi, si è ottenuta la dose utile, la si deve mantenere senza variazione. Se poi il malato rimane a lungo senza accidenti, si può tentare di diminuire progressivamente la dose quotidiana.

Meglio sopportato che il gardenal, sarebbe il rutonal (fenilmetilmalonilurea), a dose iniziale di 20 cg. e dose media di 30-40.

Darebbe minore intolleranza.

Per i malati in cui non si ottengono buoni risultati con questi medicamenti da soli, si possono usare le combinazioni, specialmente del gardenal col bromuro o con il tartrato borico-potassico, dando ogni giorno 1-3 grammi di bromuro o di tartrato e cg. 0.15-0,20 di gardenal.

Contro lo stato di male, il *somnifen*, per iniezioni endovenose alla dose di 4-6 cmc. darebbe buoni risultati.

Nessun risultato hanno dato la terapia calcica, la medicazione acidificante e la proteinoterapia.

Incostanti sono i risultati dell'irradiazione del cranio e della milza. Il trattamento specifico non può essere attivo che nella sifilide.

Quanto al trattamento chirurgico, gli insuccessi hanno fatto rinunciare alle trapanazioni ed alle operazioni sui nervi periferici. Gli interventi sul simpatico sono ancora allo stato di studio. *fil.*

La terapia delle algie dell'arto superiore.

All'inizio di una cervico-brachialite, H. Roger (*Journ. des praticiens*, 24 agosto 1929) consiglia di prescrivere il salicilato di sodio (4-6 grammi al giorno per una settimana) associato ad un regime di vegetali e frutta. In seguito, atofan e piperazina.

Localmente, bagni di sole sulla regione cervicale e sul braccio, di breve durata, o bagni termoluminosi 1-2 volte al giorno.

Nei casi acuti, piretan (3 volte 50 goccie) o blu di metilene (5-20 cg. al giorno). Non si deve ricorrere alla morfina che in casi estremi e con grande precauzione per non correre il pericolo di tossicomania.

Come trattamento a lunga scadenza, si prescriverà: Jodio g. 1; Joduro di sodio cg. 30; Alcool a 70°; q. b. per 15 grammi. Se ne danno 6 gocce al giorno, una prima e dopo i pasti principali, in un po' d'acqua. Aumentare di una goccia al giorno fino al terzo giorno e decrescere progressivamente.

Per iniezioni locali, è consigliato il lipiodol (2-4 cmc.), introdotto nella regione paravertebrale cervicale, nella massa del trapezio.

Sono state preconizzate le iniezioni di salicilato di sodio al 2 % (2-10 cmc.) nel trapezio, nel pettorale, nel gran dorsale. Altri usano il siero novocainizzato in corrispondenza del cavo sottoclavicolare ed ancora le iniezioni juxta-nervose con solfato di magnesio al 25 % in soluzione fisiologica.

Il calore sarà usato in tutte le forme (borse d'acqua calda, docce d'aria calda, ferro da stiro). Si farà seguire un linimento al cloroformio.

Come metodi fisioterapici, l'A. consiglia i raggi infrarossi, l'jonizzazione all'acetato di aconitina, la radioterapia delle radici.

È indispensabile la mobilizzazione precoce dell'articolazione scapolo-omerale, se non si vuole andare incontro a delle rigidità.

Passato il periodo acuto, sono consigliabili le cure termali. *fil.*

I bromuri in terapia.

N. Quénée (*Concours méd.* e *Paris méd.*, 29 giugno 1929) divide il parere generale che i bromuri sono meglio tollerati in forma di soluzione, specialmente se si usa il bromuro di sodio, che non è irritante per la mucosa gastro-intestinale nè tossico per l'apparato vascolare.

Fatto importantissimo per ottenere il massimo di azione dei bromuri è quello che il loro effetto è in ragione inversa della quantità dei cloruri nel regime alimentare, quasi che vi fosse una certa sostituzione della molecola del bromo a quella del cloro. Uno dei modi migliori di somministrazione è quello di dare il bromuro in forma di brodo bromurato, che ha il gusto di un brodo comune. In questa forma, il bromuro dà buoni risultati nei sintomi nervosi di qualsiasi natura: in cardiologia per combattere la dispnea, l'angoscia e le palpitazioni, in gastro-enterologia nelle solaralgie, nell'aerofagia ed in tutte le dispepsie, negli stati nervosi legati ad una psicosi ed anche nei bambini (asma, pertosse, laringite stridula, ecc.). *fil.*

Il fosfuro di zinco in terapia.

Questo medicinale ($P^2 Zn^3$) è di facile somministrazione, si dosa molto bene, è inalterabile, e si decompone nell'organismo in idrogeno fosforato assai assimilabile.

Ducoeurjoly (*Presse Méd.*, Thèse de Paris, n. 29, 1929) lo consiglia oltre che nel rachitismo, anche nelle astenie criptogeniche, nei depressi, convalescenti, con vantaggi grandi. La dose è di quattro granuli da 4 milligrammi l'uno, presi due ad ogni pasto per decadi, con decadi di riposo intermedie. Avrebbe anche una azione emmenagoga nelle amenorree e dismenorree delle giovinette.

Utilissimo poi è nell'impotenza genitale dei psicoastenici, alle stesse dosi. L. TONELLI.

La radioterapia nell'angina pectoris.

La varietà dei mezzi impiegati nel trattamento dell'angina pectoris ne prova l'inefficacia. La sofferenza del plesso cardiaco è determinata: 1) dalla distensione cardio-vascolare; 2) dall'ipereccitabilità del plesso cardiaco; 3) dall'associazione dei due precedenti.

Il dolore si trasmette ai centri, mediante i filetti simpatici e le radici posteriori. I raggi X agiscono su queste fibre, come fanno in casi di neuralgia.

Némours (*Presse médicale*, 29 luglio 1929) consiglia a tale proposito un irradiamento medio (25 cm. di scintilla), un filtro di 5-8 mm., un amperaggio di 2 milliamp. ed una distanza di 30 cm. Due campi anteriori e 2 posteriori. Tre sedute di 20 minuti ogni settimana.

Su 51 malati, l'A. ottenne: 31 successi, 8 miglioramenti, 5 insuccessi, una crisi acuta. Cinque malati sono morti, ma non si può di ciò incriminare i raggi X.

L'A. conclude che i raggi X costituiscono la medicazione più efficace e che ha le maggiori probabilità di provocare un miglioramento importante e durevole. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Dosamento dell'acido urico con l'uricometro di Ruhemann. — All'abb. n. 12560:

Reattivi occorrenti. 1) Solfuro di carbonio; 2) Soluzione di jodio (Jodio g. 0,50; Joduro di potassio g. 1,25; Alcool assoluto g. 7,5; Glicerina g. 5; Acqua distillata q. b. per fare 100 grammi).

Si introduce il solfuro di carbonio (preferibilmente con una pipetta) fino a che lo strato inferiore del menisco sia al segno « S » e poi la soluzione jodata fino a che lo strato superiore del menisco sia al segno « J ». Poi si aggiunge l'urina fino a che si veda che il colore della miscela sia quasi uguale a quello dell'urina originale. Si tappa e si agita per 1/4 di minuto e si continua poi ad aggiungere urina, goccia a goccia, fino a che lo strato inferiore si faccia, da roseo, bianco-porcellana. Si lascia un po' depositare la schiuma e si legge direttamente il contenuto in acido urico, per mille.

Se l'urina contiene poco acido urico, invece di introdurre la soluzione jodata fino al segno « J », la si introduce fino ad uno dei due segni inferiori, portando poi al segno « J » con acqua distillata e tenendo poi conto di tale diluizione, diminuendo, cioè, di uno o due terzi il quantitativo letto.

Se l'urina reagisce alcalina, la si acidifica con un po' di acido acetico diluito; se contiene molto urato acido di sodio precipitato, si agita o si scalda l'urina. La forte pigmentazione dell'urina e la presenza di sostanze coloranti biliari non ostacolano la reazione.

Il metodo dà soltanto valori approssimativi e non è adatto per ricerche esatte; l'acido urico cristallino eventualmente presente nella urina non viene dosato in tal modo. Il reattivo jodato conserva il titolo per circa 4 settimane, dopo di che va cambiato.

Non esistono trattati sull'arte di soffiare il vetro. Qualche indicazione potrà trovare nei trattati di tecnica chimica ed anche, p. es., nel Manuale di ABBA: *Microscopia e batteriologia* o nei manuali di chimica tecnica. *fil.*

VARIA.

Le prime donne medichesse.

La più antica donna che lasciò fama immortale di sè nella medicina fu Agnodice di Atene, che visse nel VI secolo avanti Cristo. Sotto spoglie maschili iniziata nell'arte sanitaria dal celebre medico Ieroplito eccelse in breve fra tutti i discepoli e seppe ben presto acquistarsi una vasta clientela femminile, per cui fu anche accusata innanzi all'Areopago dai colleghi invidiosi come corruttore di donne. Dinanzi al supremo tribunale Agnodice svelò il vero sesso. Assolta dal reato di corruzione, fu invece condannata per aver trasgredito la legge che proibiva alle donne l'iscrizione alla medicina. Intervennero allora le donne ateniesi da lei curate e non solo la fecero liberare, ma arrivarono persino a far abrogare la legge, di modo che la già famosa medichessa potè continuare l'esercizio della medicina, in modo speciale l'ostetricia.

Procedendo nella storia, troviamo altre medichesse ai primi tempi dell'èra cristiana, di cui furono rinvenute iscrizioni nell'Asia minore e precisamente di Basilla, Corycos, Tecla di Seleuci, Empeira moglie di Vettinaos.

A Roma esercitarono Scantia Redempta e Antochia di Tios, che fu molto lodata da Galeno per la sua abilità diagnostica e curativa.

Sempre nei primi secoli cristiani si ebbero anche medichesse elevate agli onori degli altari, così Santa Nicerata di Bisanzio e Santa Teodosia.

Anche la scuola di Salerno del secolo XIII ci ha tramandato i nomi di alcune celebri dottoresse, prima fra tutte Trotula de Ruggiero, che scrisse il famoso trattato « De mulierum passionibus », poi Rebecca Guarna, Mercuriade e Francesca Romana.

Nel secolo XIV vissero a Napoli due donne abilitate all'esercizio della medicina non solo, ma anche della chirurgia: Thomasia de Matteo e Maria Incarnata.

La prima donna che conseguì regolarmente la laurea in medicina e chirurgia in Italia fu Maria Dalle Donne, che Napoleone nel 1802 chiamò alla cattedra di Ostetricia a Bologna.

In Germania praticavano già nel trecento molte donne ebree la medicina e la chirurgia, nel quattrocento visse Santa Ildegarda, medichessa e autrice di varie opere scientifiche. Fu la prima a riconoscere la pazzia come una malattia e non come una stregoneria. La prima laureata tedesca muliebre in medicina fu Dorotea Erxleben, promossa ad Halle nel 1754.

Contemporaneamente esercitò in Polonia la medichessa Salomè Rusicki, che ebbe una vita avventurosa.

Per le sue avventure merita pure di essere nominata certa Enrichetta Faber, che vedova di un ufficiale si arruolò come chirurgo militare in vesti virili nella grande armata. Fatta prigioniera in Spagna, vi rimase in abiti maschili per alcuni anni. Passò quindi a Cuba, dove per aver avuto la strana idea di prender marito, venne condannata a dieci anni di reclusione. Scontata la pena si fece monaca.

(*Bollett. Med. Trentino*, nov. 1929).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. MAURIZIO. *Considerazioni sulla patogenesi e terapia delle « metrorragie della pubertà ».* — L. Cappelli, Bologna, 1929.

S. LEONE. *Profilassi del tracoma e visiva.* — Stab. Tip. E. Randazzo, Siracusa, 1929.

R. STROZZI. *La gastro-plicatio secondo la tecnica di Schiassi per la cura della gastro-ectasia.* — Arti Grafiche Borrelli, Napoli, 1929.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

XLI. - Concorso: unico concorrente dichiarato idoneo.

È noto che la giurisprudenza del Consiglio di Stato ha sempre dichiarato valido il concorso anche se un solo concorrente vi abbia partecipato o uno solo sia stato dichiarato idoneo ed ha riconosciuto che il Comune non può negare la nomina soltanto perchè non può esercitare il diritto di scelta fra più concorrenti. Questo è un punto ormai stabilito. Ha ritenuto però la giurisprudenza che il Podestà possa non nominare l'unico concorrente idoneo qualora risultino motivi concreti di indegnità e, in genere, cause legittime, da valutarsi caso per caso, indipendentemente dalla capacità tecnica che è sottratta al controllo dell'autorità amministrativa, essendo riservato il relativo giudizio alla Commissione giudicatrice del concorso.

Recentemente si è presentato questo caso. Il Podestà di un Comune non nominò l'unico concorrente idoneo perchè, in base ad elementi che non occorre ora segnalare, ritenne che il concorrente non fosse di gradimento della popolazione. Il Consiglio di Stato, con decisione 19 aprile 1929 n. 219, confermando in linea di principio la sua giurisprudenza, ha ritenuto che la nomina possa essere rifiutata per plausibili motivi, fra i quali deve riconoscersi quello della mancanza di gradimento della popolazione.

Che il concorrente non abbia un vero e proprio diritto alla nomina, è da ammettere, nel senso però che il Comune non è assolutamente obbligato a nominarlo. Egli però ha un diritto soggettivo al provvedimento (non potendo il Podestà rifiutarsi di deliberare e considerare nullo il concorso) ed ha un'aspettativa legittima alla nomina, cioè ha un interesse protetto dalla legge. Il Podestà può non nominarlo, per motivi però non soltanto plausibili ma anche idonei, positivi, certi e dimostrati. Non si può ritenere sufficiente un'affermazione relativa al gradimento della popolazione, qualora manchi una base concreta che possa essere valutata ed apprezzata ai fini della non idoneità a quel determinato ufficio, per cause estranee alla capacità tecnica. Il *gradimento* non ha per sè stesso importanza, in quanto o è semplicemente soggettivo ed arbitrario e, se è così, non ha consistenza; o è determinato da fatti concreti, positivi e accertati, e, in tal caso, *questi fatti* devono essere indicati, sicchè si possa stabilire se vi sia un rapporto logico tra la premessa e il così detto gradimento, nel senso di una valutazione sfavorevole, tale che giustifichi senz'altro la dichiarazione di non idoneità all'ufficio.

XLII. - Concorsi ospedalieri. Efficacia della graduatoria.

Il concorrente graduato primo fu nominato, ma rinunziò. Essendo attribuita a quell'amministrazione ospedaliera la facoltà di procedere ad altra nomina, fu nominato il secondo graduato, ma anch'egli rinunziò. Il terzo graduato dedusse di avere un diritto soggettivo alla nomina. Furono invece considerati esauriti gli effetti di quel concorso; tale provvedimento è stato dichiarato legittimo dal Consiglio di Stato (V Sezione) con decisione 8 giugno 1929 n. 351, ric. Murero c. Ospedale di Udine.

Questa risoluzione richiede brevi delucidazioni. Generalmente la graduatoria è efficace per i soli posti che sono oggetto del concorso.

L'art. 3 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2960, per gli impieghi dell'amministrazione dello Stato, stabilisce una regola che si può considerare applicazione concreta di un principio generale: « i concorrenti agli impieghi civili, che abbiano superata la prova di esame ed eccedano il numero dei posti messi a concorso, non acquistano alcun diritto a coprire quelli che si facciano successivamente vacanti ». L'art. 3 soggiunge però che l'Amm.ne ha *facoltà* di assegnare, ai concorrenti, secondo l'ordine della graduatoria, i posti che si rendano disponibili entro sei mesi dall'approvazione della graduatoria, nel limite massimo di un decimo di quelli messi a concorso. Questa seconda disposizione non è applicabile come norma generale.

La regola è questa: la graduatoria è efficace per i soli posti ai quali il concorso si riferisce; perfezionata la nomina, il concorso si considera esaurito. Se il concorrente nominato rinunzia, dopo aver accettato, al posto che si rende vacante si provvede mediante nuovo concorso.

Ma se il concorrente non accetta la nomina, è da ritenere che la graduatoria conservi la sua efficacia e l'Amm.ne possa e debba nominare il secondo graduato: così, successivamente, sempre che una nomina non sia divenuta perfetta per accettazione.

Un limite può risultare da norme del regolamento locale: se, per es., sia ammessa la nomina sino ad un certo punto dell'ordine della graduatoria, nel caso di non accettazione.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazioni sociali della popolazione rurale.

Il Direttorio Nazionale della Federazione Coloni e Mezzadri mentre approva il concetto in cui sono addivenute con lodevole armonia la Confederazione degli agricoltori e quella dei Sindacati dell'Agricoltura nei riguardi delle mutue paritetiche per assicurazione malattie, assistenza medica e spedalità, ritiene che l'assicurazione infortuni agricoli debba essere demandata alle Associazioni sindacali, che l'infortunio agricolo sia adeguato all'infortunio industriale e sia, in ogni modo, completamente revisionata la legge che oggi la regola; nei riguardi della invalidità e vecchiaia e della tubercolosi dà mandato alla Presidenza perchè tale problema sia riportato al primo piano e sia considerato fondamentale e d'inderogabile urgenza per dare tutte la sensazioni di tranquillità e di sicurezza ai membri della famiglia colonica in considerazione del disagio vivissimo e delle gravi conseguenze d'ordine materiale e psicologico che attualmente angustiano l'animo dei mezzadri di fronte al loro avvenire minacciato da uno dei più grandi nemici della razza e di fronte alla serenità con cui il lavoratore dovrebbe guardare l'avvenire e la sua vecchiaia.

Per la Federazione dei Medici sportivi.

Il Comitato olimpionico nazionale italiano comunica: « Su proposta del Comitato tecnico della Federazione italiana Medici sportivi, S. E. Turati ha disposto:

1) La Federazione italiana Medici sportivi è costituita da quei medici che si dedicano particolarmente allo studio delle questioni tecniche e scientifiche riguardanti i rapporti tra uomo e coltura atletica.

2) Possono appartenere ad essa quei medici che intendono dedicarsi proficuamente a tali studi ed a tale attività.

Si ritiene, inoltre, di ammettere a fare parte temporaneamente della Federazione anche i laureandi in medicina, che vivendo in ambienti sportivi desiderino collaborare con i medici e prepararsi ad agire negli ambienti sportivi stessi.

3) I medici saranno chiamati ad espletare la loro mansione negli Enti sportivi (C.O.N.I., Federazioni, Enti e Società) e potranno farsi coadiuvare dai laureandi. Ad essi competerà l'obbligo di una visita di orientamento a tutti i soci sportivi delle Società per stabilire lo stato di sanità o di malattia, e dovranno per ogni socio attivo fare una visita di idoneità fisica per l'attività sportiva da lui prescelta.

4) Tale visita e il giudizio conseguente dovrà essere ristretto entro norme fisse che saranno studiate dal Comitato nazionale medico di coltura fisica e impartite dalla presidenza della F.I.M.S.

5) All'uopo saranno anche fatti dei Corsi teorico-pratici di medicina dello sport in ambienti sportivi.

6) Il Comitato tecnico inizierà subito: *a*) dei Corsi scientifico-pratici di medicina dello sport che dovranno servire di base alla attività dei medici degli Enti e Società, Corsi indetti dalla F. I. M. S. attraverso le Segreterie federali del P. N. F.; *b*) dei Corsi pratico-scientifici per allenatori; *c*) dei Corsi per massaggiatori sportivi.

Il Comitato tecnico della F.I.M.S. si riserva di proporre la data in cui entrerà in vigore l'obbligatorietà della visita medica ».

Contro gli speculatori sugli infortuni del lavoro.

È stata richiamata l'attenzione del Ministero dell'Interno sulla speculazione ingorda e senza limiti che a danno di operai infortunati e loro aventi diritto vanno facendo patrocinatori e pseudo patrocinatori, che spesso si accaparrano le vittime del lavoro valendosi all'uopo di agenzie di affari. Sono state in proposito diramate precise ed opportune istruzioni agli organi di Polizia perchè spieghino la più intensa sorveglianza per impedire e reprimere abusi a danno dei lavoratori infortunati, tenendo anche presente che per la legge di P. S. è vietato l'esercizio della mediazione per professioni liberali. Nell'azione che sarà svolta in questo campo gli organi di Polizia dovranno informare il Ministero dell'Interno e quello delle Corporazioni.

Cronaca del movimento professionale.

Sindacato Medico Fascista e Ordine dei Medici di Roma e Provincia.

Il Sindacato Medico Fascista e l'Ordine dei Medici di Roma in perfetto accordo con il Sindacato Medico Fascista Nazionale, mettono in guardia il pubblico contro la pretesa nuova terapia eseguita in questi giorni in Roma dal sedicente dott. Asuero che non ha alcuna base scientifica.

Ordine e Sindacato invitano l'Asuero ed i suoi collaboratori a voler sottoporre al controllo di una Commissione scientifica nominata dalle predette autorità i loro pretesi risultati e metodi di cura.

Frattanto l'Ordine ed il Sindacato Medico Fascista invitano il pubblico a non lasciarsi illudere ed attrarre da sistemi reclamistici che per la loro natura sensazionale dovrebbero per sè stessi suscitare la legittima diffidenza del malato.

Inoltre hanno delegato i loro rappresentanti politici prof. Ermanno Fioretti e prof. Amedeo Perna a presentare una interrogazione al ministro dell'Interno.

* * *

Il Sindacato Medico Fascista a complemento dell'opera svolta rende noto che le prestazioni del dott. Vicenzini o altri medici che si occupassero delle stesse cure, debbono essere compensate con l'onorario delle vigenti tariffe stabilite dal Sindacato, che sono sempre a disposizione del pubblico.

Un'interrogazione del sen. Guaccero a proposito dell'Asueroterapia.

Il sen. Guaccero ha presentato la seguente interrogazione:

« Al ministro dell'Interno, per conoscere se non sia il caso di provvedere urgentemente a che cessi l'azione del medico spagnuolo Asuero, che abusivamente esercita un presunto miracolismo avvalendosi di manovre endosanali, senza base scientifica e di pratiche suggestive ipnotiche che, se possono influire su forme morbose funzionali neuro-isteriche, costituiscono peraltro una mistificazione per la grande maggioranza dei sofferenti, che, sedotti da collettiva aberrazione, accorrono numerosi a chiedere l'ausilio del sedicente taumaturgo ».

Ha risposto il Primo Ministro e Capo del Governo on. Mussolini. Egli ha detto:

La legislazione italiana stabilisce ed è assai rigorosa nel pretendere che l'esercizio della professione medica sia consentito esclusivamente a chi abbia conseguito la prescritta laurea e abilitazione in una Università del Regno, ma lascia al medico curante la più ampia libertà di iniziativa nel metodo di cura delle malattie.

Il dott. Asuero, non avendo conseguito in Italia la laurea di medicina, non può esser ammesso ad esercitarvi la sua professione.

Senonchè l'art. 53 del testo unico delle leggi sanitarie fa una eccezione al principio della nazionalità del titolo a favore di medici esteri chiamati espressamente per casi speciali. Il dottor Asuero è stato chiamato a Roma per un caso speciale. Pertanto non vi era modo di impedire la sua attività iniziale. Egli è bensì stato consultato anche da altre persone, ma tali consultazioni si sono svolte con la partecipazione di un medico italiano, regolarmente esercente. In ogni modo l'attività dell'Asuero ha avuto carattere occasionale e transitorio e quindi è mancato quell'elemento di continuità che è essenziale alla configurazione del reato di abusivo esercizio professionale.

D'altra parte non risulta finora che le cure dell'Asuero abbiano recato danni se non pecuniari (ilarità) alle persone. Per queste ragioni non si è ritenuto di poter intervenire nè denunziando l'Asuero alla autorità giudiziaria per l'esercizio abusivo della professione sanitaria, nè impedendo la sua attività nei limiti in cui essa è stata contenuta.

Ora il dott. Asuero è partito dall'Italia; però ha lasciato dei discepoli.

Il dott. Asuero dice che ha la panacea per guarire tutti i mali (ilarità) perciò siamo in una sfera differente da quella delle professioni sanitarie: siamo nella sfera dei miracoli. Ora per fare i miracoli bisogna essere in due: il miracolista e colui che crede nel miracolo.

L'arte sanitaria appartiene al Ministero dell'Interno, ma l'arte dei miracoli esula dalle competenze specifiche del Ministero stesso. (Vivissimi applausi; viva ilarità).

Il sen. Guaccero si dichiara soddisfatto e, quale rappresentante del Sindacato Medico Fascista, insiste affinchè il Ministero dell'Interno voglia rigorosamente impedire l'esercizio abusivo della professione da parte dei medici di Nazioni che non hanno trattamento di reciprocità con l'Italia e voglia anche sopprimere ogni esercizio della professione basato sulla speculazione reclamistica.

Nomina dei nuovi Consigli amministrativi degli Ordini dei Sanitari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti del Regno, ed all'Alto Commissario di Napoli, una circolare in data 26 novembre 1929-VIII che riportiamo in larga parte:

Con R. Decreto Legge 14 corrente, in corso di pubblicazione, è stata modificata la costituzione degli Ordini delle professioni sanitarie.

I nuovi Consigli, che entreranno in carica il prossimo gennaio, saranno di nomina ministeriale e dovranno essere composti di cinque membri, negli Ordini che non superano il numero di trenta iscritti, e di sette negli Ordini che li superano.

Quando il Consiglio è di cinque componenti, due di essi, e quando di sette componenti, tre di essi, saranno designati dal Sindacato Medico Provinciale della rispettiva professione, in numero doppio (e cioè quattro e sei rispettivamente) tra gli inscritti all'Albo professionale, da almeno cinque anni.

Ove non siano state costituite associazioni sindacali provinciali, le designazioni saranno fatte dall'Associazione Sindacale Nazionale.

Gli altri componenti saranno scelti dal Ministero, senza speciale designazione.

La circolare avverte, poi, che qualora le designazioni non siano avvenute entro il 15 dicembre, le nomine saranno fatte direttamente dal Ministero, senza altra formalità, per l'intero numero dei componenti il Consiglio Amministrativo.

Aggiunge che, ove l'Ordine risulti della fusione degli Albi professionali di più provincie, i Consigli Amministrativi dovranno essere composti in modo che gli iscritti di ciascuna provincia vi abbiano una rappresentanza proporzionale al loro numero.

La circolare così conclude:

È superfluo avvertire che tutte le persone da proporsi per la nomina dovranno essere di ineccepibile condotta morale e politica.

Ove esistano Ordini professionali, senza che siano costituite associazioni sindacali provinciali delle corrispondenti professioni, si prega avvertire telegraficamente questo Ministero (Sanità) perchè possa provocare le designazioni dell'Associazione Nazionale Sindacale, mentre per le proposte dirette le EE. LL. provvederanno come si è indicato in avanti.

Congresso di Medici manicomiali.

L'8 corr. ebbe luogo in Roma l'annunziato Congresso nazionale dei medici manicomiali, dipendenti della Sezione degli Enti locali dell'Associazione generale fascista del pubblico impiego. All'inaugurazione erano presenti i direttori di quasi tutti i manicomi d'Italia. Il comm. Cruciani, vice segretario provinciale del pubblico impiego di Roma, recò ai convenuti il saluto dell'Associazione; il dott. Abruzzini, segretario nazionale dei medici ospedalieri, dette il saluto della sua categoria; il comm. Lusignoli parlò in nome dei 9000 medici condotti d'Italia. Il presidente rag. Villanova tracciò poi le direttive e gli scopi del Congresso, il quale si occupa esclusivamente di questioni sindacali organizzative. Furono poi lette ed approvate le relazioni dei dottori Bonfigli, Zuccari e Antonini.

Nella seduta, pomeridiana, presieduta dal segretario nazionale degli enti locali rag. Villanova, il dott. Modena di Ancona, riferì sull'« Avvenire del Psichiatra » svolgendo alcune considerazioni sulla carriera medico manicomiale nel presente e nell'avvenire. La relazione Modena, seguita con la massima attenzione dai congressisti, che intervennero nella discussione, venne approvata.

Delle condizioni morali e materiali dei medici manicomiali e delle loro possibilità trattarono il dott. Bonfigli che si soffermò particolarmente sullo stato giuridico ed economico di essi, il dott. Pini che parlò della riforma della legge sui manicomiali, ed il prof. Sciuti che trattò della gerarchia e delle mansioni dei medici del manicomio.

I problemi di questa seconda parte dei lavori furono dibattuti ampiamente dai congressisti. Alla fine il presidente riassunse brevemente la discussione, sintetizzando in pochi capisaldi quelle che sono le necessità attuali dei manicomiali.

Terminati i lavori, i congressisti nel pomeriggio si sono recati al manicomio provinciale dove il comm. Crispini, in rappresentanza del prefetto Ricci, offrì un vermouth d'onore.

Una Commissione di congressisti guidata dal rag. Villanova venne ricevuta dal gr. uff. De Ruggero, direttore generale degli affari civili, e dal direttore generale della Sanità pubblica Fornaciari, ai quali furono esposti i risultati del congresso ed i desiderata dei manicomiali.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Norme per la coltivazione e il commercio dei molluschi eduli.

La « Gazz. Uff. », del 3 agosto 1929, n. 180, reca il testo della legge 4 luglio 1929 n. 1315, che detta norme igienico-sanitarie per la coltivazione ed il commercio dei molluschi eduli (ostriche, mitili ecc.).

Una circolare del Ministero dell'Interno - Direzione Generale della Sanità Pubblica - ha chiarito i punti più salienti della legge.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Biella. *Ospedale degli Infermi.* — Concorso a Direttore sanitario; L. 30.000, con alloggio ed accessori; età 35-45 anni; scadenza 31 dic.; tassa L. 50 alla Cassa dell'Ospedale. Informazioni presso la Direzione.

Borgovercelli (*Vercelli*). — Abitanti 2800, senza frazioni. Comodità treni e tramvia. Stipendio L. 7000 per poveri 300 circa. Condotta unica. Richiedere avviso concorso al Comune.

Brescia. *Spedali Civili.* — Reggente per il Reparto Otorinolaringoiatria; a ore 16 del 10 gen.; età lim. 40 (45) a. al 1° dic.; doc. anter. al 30 sett.; L. 5225; nom. biennale; conferme quinquennali fino a 60 a. di età.

Curtarolo (*Padova*). — Scad. 31 dic.; L. 9000 aument. e altre indennità; età lim. 40 a.

Imperia. *Amministraz. Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica e Batteriologica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi; L. 17.500 aumentabili a L. 25.000 oltre indenn. serv. attivo L. 4700 elevabili a L. 7000 come impiegati di grado 7° con promozione al 6°; titoli ed esami; c.-v.; età lim. 45 a.; schiarimenti dalla Segreteria Generale. È pure aperto il concorso ad assistente della Sezione Chimica. Scad. ore 20 del 20 genn.

Pontecchio Polesine (*Rovigo*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000. Aum. quadrien. del decimo per 5 volte. Indenn. servizio ufficiale sanitario L. 500. Caro viveri di legge e sino alla conservazione. Indennità trasporto L. 3000 (cavallo); L. 1500 (motoc.); L. 1000 (bicicletta). Alloggio in una casa comunale contro tenue fitto. Età massima anni 35. Documenti di rito. Tassa L. 50,10. Scadenza 26 dicembre. Per altri chiarimenti rivolgersi Segreteria Comunale.

Roma. *Ferrovie dello Stato.* — Medico di riparto di Grosseto I; scad. ore 17 del 15 gen.; documenti all'Ispettorato Sanitario di Roma; retribuz. annua L. 1400.

S. Cataldo (*Caltanissetta*). — Ufficiale sanitario; L. 8000 e 5 quinquenni di L. 700 ciascuno; titoli ed esami; tassa L. 50 alla Tesoreria comunale; chiarimenti dalla Segreteria del Comune; domande alla R. Prefettura di Caltanissetta. Scadenza 15 febbraio.

SARONNO (*Varese*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale annue L. 16.000 al lordo di R. M. e del contrib. Cassa Pens. Sanitari, con diritto a 5 aumen. quadr. del decimo. Indenn. serv. attivo L. 4000 al lordo di R. M., non valutabile per la pensione. Divieto servizio presso altri Enti Morali o Pubblici. Inibito lib. servizio professionale. Domande e documenti alla R. Prefettura di Varese, entro il 31 gennaio.

S. PIETRO VIMINARIO (*Padova*). — Proroga al 31 dic.

SONDRIO. *Ospedale Civile*. — Direttore chirurgo; età lim. 45 a.; 7 a. di laurea, di cui 5 in Ospedali o Cliniche o Istituti di Patologia chirurg. e 3 come effettivo; L. 10.000 e 50 % tasse operazioni a paganti, più L. 10.000 quale consulente e operatore negli Ospedali di Chiavenna e Morbegno e 50 % come sopra (i tre Ospedali sono consorziati); divieto esercizio non conciliabile con l'ufficio; tassa L. 50; iscrizione al P. N. F.; doc. a 3 mesi dal 4 dic.; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio. Rivolgersi al Commissario Prefettizio dell'Opera Pia. Scad. ore 16 del 5 gen.

UDINE. — Scad. 28 dic.; v. N. 48.

VOLTERRA (*Pisa*). *Frenocomio di S. Girolamo*. — Scad. 28 dic.; medico di Sezione; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 serv. att., 2 c.-v.; età lim. 35 a. alla scadenza. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Imbarco di laureati in medicina.

Il fiduciario del Lazio della Lega Navale Italiana segnala ai giovani laureati in medicina, soci della Lega Navale, la possibilità di compiere a speciali condizioni di favore, viaggi di istruzione marinara per mare su piroscafi destinati nei mari tropicali, e di acquistare così preziose nozioni concernenti la loro professione, oltrechè prepararsi ad una eventuale iscrizione nei ruoli dei medici di bordo.

Per maggiori notizie rivolgersi alla Sezione di Roma della Lega Navale, piazza del Pantheon 10, dalle ore 15 alle 21.

CONCORSI A PREMI.

Per la Italianità del libro medico.

In continuazione del proprio programma, che ha avuto un notevole successo nel Concorso « Rivendicazioni scientifiche italiane », e in omaggio alla iniziativa che, sotto gli auspici dei senatori proff. U. Gabbi, G. Pascale, G. B. Queirolo, B. Rossi, G. Viola, ha già raccolto il plauso generale, la « Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica » bandisce un Concorso a premii pei libri i quali presentino maggiori caratteristiche di « italianità » e tengano in giusta considerazione le « rivendicazioni scientifiche italiane ».

Le condizioni del Concorso, già notificate in bozza alle personalità che si interessano dell'argomento, saranno rese definitive al più presto, tenendosi conto delle osservazioni che perverranno, atte a renderlo realmente pratico e largamente accetto.

La suddetta Rivista, diretta dal prof. Piccinini e dal dott. Zoja, mette a disposizione la somma di lire diecimila, la quale sarà divisibile coi criterii che la Commissione, autorevolissima, crederà di adottare a suo insindacabile giudizio.

Saranno pure assegnati diplomi, da parte dell'Ufficio Stampa Medica Italiana, il cui Consiglio di Consulenza è presieduto dal sen. prof. U. Gabbi. In tali diplomi saranno rilevate le « benemerenze di Scienza e di Italianità ».

Qualunque ulteriore informazione e copie delle condizioni del Concorso, appena esse siano definitive, potranno aversi scrivendo a « Rivista di Terapia Moderna », via Vallazze n. 39, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Vittoriano Cavara dalla cattedra di Clinica oculistica di Siena a quella di Napoli; Neri Filippo dalla cattedra di igiene di Bari a quella di Pisa; Viale Gaetano dalla cattedra di fisiologia nella Università nazionale del Litorale di Rosario Santa Fè nella Repubblica Argentina a Genova.

Il prof. C. Righetti dalla cattedra di Clinica chirurgica di Perugia è chiamato a quella di Bari. Il prof. Leonardo Dominici, dalla cattedra di Clinica chirurgica di Sassari è chiamato a quella di Perugia. Il prof. Gino Frontali dalla cattedra di Clinica pediatrica di Perugia è chiamato a quella di Pavia.

Il prof. Biagio Alajmo è incaricato della direzione della Clinica oculistica di Perugia.

Il dott. Giovanni Truffi è abilitato alla libera docenza in clinica dermosifilopatica.

Il dott. Gregorio Gelmesi è abilitato alla libera docenza in patologia esotica.

Il comm. avv. Massimo Della Porta è nominato presidente degli Istituti Ospedalieri di Milano.

Il gr. uff. prof. dott. Giuseppe Reina è nominato membro corrispondente della Società di Gastroenterologia di Parigi.

Il dott. Ernest Frey è chiamato alla cattedra di farmacologia di Gottinga, quale successore di W. Heubner.

Il prof. Eugen Kahn, di Monaco in Baviera, è nominato professore di psichiatria all'Università Yale a New Haven (Connecticut).

Il prof. Karel Kisskalt, di Monaco in Baviera, è nominato dal governo turco direttore dell'Istituto centrale d'igiene ad Angora.

Il dott. Fred L. Adair, professore di ginecologia e ostetricia alla Scuola Medica dell'Università del Minnesota, ha accettato la stessa carica presso la Scuola Medica dell'Università di Chicago.

Il dott. Leroy A. Calkins è nominato professore di ginecologia e ostetricia alla Scuola di Medicina dell'Università di Kansas, a Kansas City.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

Inaugurazione dell'anno accademico 1929-30.

Il giorno 14 novembre presenti le autorità cittadine e della provincia, nell'Aula Magna dell'Ateneo ha avuto solennemente luogo la inaugurazione del nuovo anno accademico.

Il Rettore prof. Mariani ha tenuto una plauditissima ed ispirata conferenza sul tema « Università e Fascismo ».

Dopo aver rilevato che, come in tutte le grandi rivoluzioni le sommosse delle piazze non sono che il risultato naturale della solida, lenta, tenace fecondazione degli intelletti più elevati, l'Oratore si sofferma a considerare la genesi ed essenza del Fascismo che come ogni fenomeno spirituale ha origini complesse e fattori ideali che possono riassumersi nel concetto assoluto dell'Italianità, del dinamismo della vita e delle grandi realizzazioni nazionali ed infine nel contenuto suo intrinseco etico speciale.

Triplice dev'essere la visione della missione universitaria, nella Nazione: culturale, pura, o scientifica, didattica, sociale. Campo immenso di nobilissima attività.

Passando poscia ad esaminare la missione della Università nel rinnovamento fascista l'O. ritiene che essa debba esser triplice; e precisamente: scientifica, didattica e sociale.

Nei riguardi della missione scientifica egli ricalca un vecchio principio e cioè che « l'amore per le ricerche, per l'indagine, la passione scientifica non si acquista come un titolo professionale; è un abito congenito, una forma mentale che si sviluppa precocemente per assumere poi proporzioni ed aspetti molto diversi. La scienza è una divina ammaliatrice, e dà ai suoi adepti le più profonde gioie, richiedendo però una decisione incondizionata di opere e di sacrificio.

Vi è un certo numero di studiosi, il minore, per i quali nulla esiste al di fuori dell'oggetto delle loro ricerche; vittime della loro indomabile ed unilaterale visione, vi consumano la vita, sordi ad ogni richiamo della natura o della società.

Moltissimi altri studiosi possono con più o meno felice equilibrio, vivere una loro vita interna, intensa, profonda, di ricerca e di speculazione ed un'altra vita esterna, comunicando col mondo portandovi il loro contributo umano, il peso della loro autorità non meno che le qualità delle loro anime e le passioni del loro cuore, La partecipazione che essi portano alla vita collettiva ha un valore sociale immenso, perchè essi non possono prescindere, anche nei loro rapporti con gli altri uomini, dalla loro preparazione culturale, dall'abito mentale acquistato nella diuturna opera di ricerche e di pensiero; diventano perciò dei centri di diffusione di idee, di nuclei di cristallizzazione o di polarizzazione e di eccitazione dello spirito delle masse.

La cultura nuova è vita, formazione del carattere, contatto continuo col mondo, comunicazione con l'anima nazionale per mezzo dell'erudizione, delle nuove vedute, delle scoperte, delle loro applicazioni, che rendono la vita più bella, più intensa, più variata, più umana; è volontà, è passione, è un nuovo modo di vedere le cose e di intendere e di vivere ».

E più oltre a proposito della missione didattica: « non vi ha dubbio, che una delle più grandi gioie per chi veramente ama la scienza e vive la vita spirituale dell'Università è quella di comunicare agli studenti il frutto del proprio lavoro, del proprio pensiero, non solo impartire frammenti di erudizione, ma far partecipare al proprio sforzo per andare al di là del noto, indicare la via delle ricerche ed i mezzi di condurli a termine.

Naturalmente queste opere educative complesse e difficili, richiedono un grande entusiasmo da parte del docente, un sacrificio di lavoro, preparazione e sorveglianza che fanno di tale insegnamento un vero apostolato; non solo, ma necessita un attrezzamento particolare; locale, materiale, personale assistente, mezzi finanziari, infine richiede molto tempo a propria disposizione ed un piccolo numero di studenti per ogni docente.

Le condizioni nelle quali l'Università italiana adempie oggi al suo compito sono quasi sempre molto deficienti: spesso all'infuori della buona volontà del docente e degli studenti scarseggiano gli altri fattori favorevoli. Nelle grandi Università italiane dove i mezzi finanziari sono appena sufficienti ed i locali ed il materiale potrebbero rispondere al bisogno, vi è tale numero di studenti da non permettere affatto una comunione intima tra docenti e studenti, tanto importante sopratutto nelle facoltà di scienze e medicina. Nelle Università piccole, sopratutto in quelle di tipo B, i mezzi scarseggiano, mentre vi sarebbe il fattore favorevole del numero limitato degli studenti.

Per tutte le Università poi vi è grande penuria di tempo, per l'eccessivo numero di corsi impartiti; sono scarsi i mezzi finanziari, e deficiente per numero e talora anche per preparazione l'assistentato.

Occorrono delle riforme, alcune di carattere formale, altre di carattere essenziale.

La riforma universitaria si sforza di fondere le due esigenze capitali della spiritualità della educazione superiore, cioè la libertà da una parte e la disciplina fondata sulla responsabilità dall'altra. E perciò: stabilisce una grande autonomia didattica ed amministrativa; tende più alla qualità che alla quantità degli studenti; mira ad eliminare le uniformità, valorizzando le attitudini e aspirazioni individuali e spingendo alla specializzazione; concede alle varie Università speciali statuti con speciali distribuzioni delle materie dei sistemi e dei metodi di insegnamento; lascia libertà maggiore nel comporre il corso degli studi e entro i termini prescritti dagli statuti, concede libertà anche agli studenti di tracciarsi quell'indirizzo di studi che dovrebbe rispondere meglio alla loro capacità e inclinazione: rinvigorisce la autorità con le nomine ministeriali dei Rettori e dei Presidi, disciplina più severamente le libere docenze; istituisce l'esame di Stato che dovrebbe essere un saggio non di quanto lo studente ha fatto e conosce, ma di quanto potrà fare nella vita, nelle sue capacità totalitarie spirituali.

Magnifico programma teorico che non ha dato pressochè nessun frutto perchè poteva darne solo a patto di essere compreso ed applicato nel suo insieme complesso ed armonico con la collaborazione fervente di docenti e studenti, con quella comprensione superiore dei concetti di libertà e responsabilità che l'anima nazionale oggi è ben lungi dal possedere.

Tutta la carriera universitaria dovrebbe essere una serie di tentativi per rivelare ed affermare la personalità dello studente stimolandolo con raggruppamenti di corsi e piani di studio opportunamente disposti a specializzarsi nettamente secondo vari indirizzi di carattere pratico o scientifico.

L'ideale sarebbe per ogni facoltà un certo numero di corsi assolutamente indispensabili per le materie generali; però al di là di queste suddivisioni in varie branche di studio specializzate, ben congegnate tra le quali, ognuna presa nella sua totalità, lo studente dovrebbe scegliere, mantenendovisi aderente fino al conseguimento della abilitazione. La scelta libera per gli studenti tra l'una e l'altra materia, senza possibilità di indirizzo totalitario di specializzazione, è una vergogna ed una umiliazione, senza scopo utile, per i docenti e per gli studenti, e dovrebbe senz'altro essere abolita perchè in pratica si riduce proprio ad una violazione e ad una offesa al principio supremo stesso di vera libertà fascista in virtù del quale fu istituita la riforma.

L'abolizione delle dispense, l'abolizione o la modificazione essenziale degli esami di profitto, la diminuzione delle lezioni, cattedratiche e l'aumento delle esercitazioni obbligatorie completerebbero egregiamente la concezione nuova, fascistissima della Università, cioè la educazione formativa spirituale in libertà consapevole della gioventù; seconda modalità di inserzione delle Università nella vita nazionale.

E qui ci viene incontro un'altra gravissima difficoltà: quella di carattere finanziario. Ogni riforma per essere attuata deve essere sostenuta dalla possibilità di nuove sistemazioni o almeno dalla messa in completa efficienza delle vecchie, in funzione delle nuove esigenze. Bisogna riconoscere che, sopratutto per le scienze sperimentali, nessuna forza può sostituire la mancanza dei mezzi finanziari.

Con questo problema si ricollega quello generale delle Università a tipo A e di tipo B; delle Università con grande affluenza di studenti e con piccole affluenze di studenti. In Italia la distribuzione delle Università non è certo ideale: da Università con 200 studenti in tutto si passa a quelle con 5000 studenti; troppo esigue le prime, troppo pletoriche le seconde; difettose le une e le altre sotto molti rapporti.

Un altro problema che non si deve dimenticare è quello dell'assistentato. Gli assistenti si trovano in condizioni eccezionalissime, nè del tutto impiegati nè del tutto liberi lavoratori del pensiero, mal retribuiti e troppo poco allettati dalla incertezza del loro avvenire a persistere in una faticosa vita di lavoro e di soggezione. Bisogna riconoscere in essi dei validissimi collaboratori, senza dei quali non sarebbe possibile il funzionamento dei laboratori universitari; essi rappresentano il vivaio dei futuri docenti, ed è sopratutto nella scarsa garenzia del loro avvenire che essi trovano il tormento quotidiano ».

Rivolgendosi quindi agli studenti egli conclude: « Vi parlo a nome del Duce e richiamo le parole con le quali Egli celebrava ai goliardi dell'Università Patavina le glorie sanguinose della gioventù universitaria nell'ora sacra alla Patria: « dalle Università sono usciti a migliaia i volontari, sono usciti a diecine di migliaia quei superbi plotonisti che andavano all'assalto delle trincee nemiche con disprezzo magnifico della morte; sono i compagni di cui portiamo profondamente incisa nei nostri cuori la memoria. Dalle Università sono uscite a migliaia le Camicie nere; quelle che a un dato momento hanno interrotto la vicenda ingloriosa della politica italiana; che hanno preso per il collo con dita robuste tutti i vecchi profittatori che apparivano sempre più inadeguati con la loro paralitica decrepitudine alla impazienza esuberante delle nuove generazioni italiane ».

L'Italia fascista non vi domanda oggi sacrificio eroico di sangue; a voi è per ora riservato il compito meno luminoso, ma non meno grande e forse il vostro fardello è più grave; dovete lavorare disciplinatamente, seriamente, tenacemente, sopratutto italianamente, sempre coi piedi ben saldi sulla dura terra, ma con lo sguardo in alto, col cuore pieno di quella idea di vera libertà che è volontà di bene, di rinunzia, di faticosa vittoria, che è rinunzia di ogni meschino egoismo di fronte alle mete spirituali, che è responsabilità cosciente.

* * *

Il 26 ottobre ha avuto luogo all'Ateneo Barese la fondazione della sezione locale della Sezione della Società Italiana di Biologia Sperimentale.

Per acclamazione vengono eletti: presidente il prof. A. Marrassini e quale segretario il dott. Spadafina.

I soci già numerosi si riuniranno periodicamente e le sedute scientifiche avranno luogo in sede della Accademia pugliese presso l'Ateneo.

G. REVOLTELLA.

Da Padova.

Universitaria.

Il giorno 22 novembre il prof. Lo Cascio, nuovo direttore della Clinica oculistica, davanti alle Autorità universitarie e cittadine nonchè ad una folla di studenti, ha aperto il suo corso scolastico con la lezione di prolusione. Dopo che il Preside della Facoltà, prof. Fasiani, ebbe presentato al pubblico il prof. Lo Cascio, questi prese la parola e mandò un saluto ai predecessori suoi, prof. Giuseppe Albertotti e Giuseppe Ovio. Cominciò quindi a trattare l'argomento del meccanismo sensoriale della visione. Il fenomeno della visione consta di quattro fenomeni elementari: uno diottrico essenzialmente fisico: un fenomeno sensoriale, uno di conduzione ed infine uno psichico di percezione. Questi fenomeni si compiono mediante apparati propri a ciascuno di essi. L'apparato diottrico riproduce l'immagine degli oggetti esterni sulla retina, immagine piccolissima la quale determina l'eccitamento dell'apparato sensoriale: questo a sua volta comunica l'impressione ai centri nervosi dove avviene il quarto fenomeno di percezione. Lo Cascio entra quindi ad esaminare le varie teorie che furono sinora formulate sulla natura della luce. Ricorda le concezioni di Newton e di Uyghens per le quali la luce si diffonde secondo una linea retta, in mezzi idonei, con la velocità di 300 mila chilometri al secondo. In seguito nuove idee spostarono affatto tale concetto. Einstein con la sua teoria della relatività per primo tentò scuotere la concezione di Newton. Venne

in seguito la teoria raggiante di Plank, teoria dell'energia atomistica, per la quale la luce consiste nella proiezione nello spazio di quantità elementari discontinue, atomi di energia, detti « quanta ». Da ciò nuove interpretazioni dei fenomeni luminosi che sarebbero legati alla costituzione vibrante dell'atomo col suo nucleo e con gli elettroni vertiginosamente giranti che, secondo l'ipotesi di Angelucci, per azioni di contatto produrrebbero una corrente elettrica in molecole di tessuti costituenti la retina. Da tale stimolo deriverebbe il fenomeno della visione. Anche questa teoria tanto seducente presenta però delle incognite, tuttavia l'oratore è convinto che le nostre idee sul meccanismo sensoriale della visione devono orientarsi verso un'interpretazione elettro-chimica.

Il Lo Cascio chiuse la sua brillante lezione fra i complimenti dei colleghi ed una vera ovazione da parte degli studenti.

P. L. F.

NOTIZIE DIVERSE.

Accademia Lancisiana di Roma.

Nella seduta di giovedì 12 corr., che ebbe luogo presso l'Ospedale di S. Maria della Consolazione, l'Accademia Lancisiana di Roma commemorò, alla presenza di numerosi soci e di rappresentanti della famiglia, il compianto prof. dott. Azzo Cattarozzi, primario medico degli Ospedali Riuniti di Roma.

Il vice presidente prof. Margarucci, aperta la seduta, nel portare l'adesione del presidente on. prof. Ermanno Fioretti, assente per ragioni inerenti alla sua carica, diede la parola al prof. G. Pilotti, oratore designato per la commemorazione.

Questi, legato da fraterna amicizia con il defunto prof. Cattarozzi, rievocò con grande efficacia le doti dell'Estinto, ponendo in particolare rilievo il Suo grande amore per la scienza ed il Suo alto valore professionale, mai scompagnato dal disinteresse sommo, che Egli, nella Sua innata bontà, poneva nel curare i poveri, i quali — non potendo in alcun modo compensarne l'opera — Lo ripagarono, creando intorno alla Sua persona una luminosa aureola di estimazione e di affetto, e poi — per ultimo — accorrendo, da ogni angolo di Roma, in folla imponente e commossa, intorno alla Sua lacrimata bara.

Il prof. Pilotti chiuse l'orazione, che fu applaudita, rendendo omaggio alla nobile figura del prof. Cattarozzi, il quale, per un quarto di secolo, lottò, per la vita e per la scienza, sempre sorridendo, sempre beneficando e sempre perdonando, col pensiero ognora illuminato ed ispirato dalla meta radiosa, che guidava i Suoi passi, quella cioè di mantenersi in ogni istante all'altezza della Sua nobile missione di benefattore e di scienziato.

Il vice presidente prof. Margarucci, sorgendo in piedi e, con lui, tutta l'assemblea, rivolse anch'egli vive parole di rimpianto, per l'immatura perdita del socio prof. Cattarozzi e ringraziò il prof. Pilotti per l'appassionata commemorazione fattane.

Quindi, dopo letta una nobile lettera di ringraziamento di S. E. il prof. Dionisi Antonio, Accademico d'Italia e socio dell'Accademia Lancisiana, si svolsero le seguenti comunicazioni:

Dott. E. Venezian: Recenti studi sulla meccanica del piede e concezioni nuove sulla cura dei suoi disturbi statici.

Prof. E. Motta: Gli estratti dell'ipofisi posteriore nella loro azione sul canto del gallo.

Dott. C. Costanzi: Saggi di vaccinoterapia attraverso la porta d'entrata dei germi.

Alla discussione presero parte i proff. Stagnitta, Ficacci e Piperno.

Riunione di radiologi emiliani.

Il 10 novembre, a Parma, nell'Ospedale Policlinico, sotto la presidenza del prof. Armando Rossi di quella R. Università e alla presenza del prof. Ruggero Balli, presidente della S. I. R. M., con il prof. Possati, segretario del Gruppo, ha avuto luogo la XX Riunione dei radiologi del Gruppo emiliano, alla quale sono intervenuti non soltanto quasi tutti i cultori della specialità dell'Emilia, ma anche molti studiosi di altre regioni.

Dopo una visita al magnifico Istituto di Radiologia dell'Ospedale Maggiore, i lavori sono stati inaugurati alla presenza di S. E. il Prefetto, del segretario federale del P. N. F. dott. Pizzi, del presidente dell'Amministrazione degli Ospizi Civili dott. Stevani, dei fiduciari dell'Ordine e dei Sindacati medici e di molte altre autorità.

Hanno partecipato alle sedute, interessanti per l'importanza e per il numero delle comunicazioni, oltre a tutti i radiologi ed a molti medici della città, il Magnifico Rettore prof. Pensa, i proff. S. E. on. Paolucci e sen. Rattone della R. Università di Parma, Maragliano e Pesci di Genova, Perussia e Sessa di Milano, Siciliano e Cumbo di Firenze, Palmieri, Sighinolfi e Cavina di Bologna, Lapenna di Belluno, Alzona di Piacenza, Alberti di Brescia, Bignami di Pavia, Montanari di Ancona e tutti i membri della Facoltà di medicina di Parma; inoltre i dottori: Laschi, Mainoldi, Lolli, Paltrinieri, Faldini, Valenti, Mandruzzato, Negrisoli, Rovida, Marani, Zanoli, Podestà, Maino, Vallebona, Cella, Malugani, Giovetti, Conti, Zanzucchi, Tunisi, Micheletti, Valdini, Sighinolfi, Guareschi, Mantovani, Curtini, Tartagli, Lambranzi, Ramusani, Abbati e tanti altri.

È stata ammirata dagli intervenuti l'ottima organizzazione, curata, fin nei minimi particolari, dal prof. Rossi e da tutti i radiologi di Parma.

Associazione della Stampa medica belga.

Ha tenuto l'assemblea generale il 1° dicembre, nei locali della « Fondation Universitaire » di Bruxelles, sotto la direzione del prof. De Nobele, presidente uscente.

Approvate le relazioni del segretario e del tesoriere, si procedette alla costituzione dell'ufficio pel 1930, alla nomina di corrispondenti e all'ammissione di nuovi soci.

Alla presidenza pel 1930 è stato chiamato il dott. Delcourt.

Discorsi inaugurali dell'anno accademico.

Segnaliamo i seguenti discorsi inaugurali dell'anno accademico 1929-30: Milano, prof. Riccardo Galeazzi, « Il dovere sociale dell'assistenza

agli invalidi »; Parma, prof. Mario Camis, « Automatismo e volontà »; Camerino, prof. Giuseppe Vatti, « Le psicosi dei bruti »; Padova, prof. Giuseppe Gola, « Il problema nazionale dell'alimentazione e il contributo della fisiologia vegetale »; Firenze, prof. Livio Livi, « Il darwinismo sociale e la critica dei fatti »; Bologna, prof. Mario Betti, « Alchimia e chimica ».

Scuola libera di perfezionamento nello studio e nella pratica delle Malattie tubercolari.

Col 10 gennaio si riapre in Genova questa Scuola sotto la direzione del prof. Edoardo Maragliano. È detta libera in quanto vi si può essere ammessi senza alcuna formalità a semplice richiesta e si può frequentarla liberamente senza vincolo di tempo, sia in continuità, sia ad intervalli. I laureati in medicina se lo chiedono possono essere accettati anche come interni. Nella Scuola i Medici che la frequentano sono istruiti: a) Nei vari metodi diagnostici e curativi, pneumotorace compreso; b) Nella dottrina moderna delle malattie tubercolari; c) Nelle indagini di laboratorio.

La Scuola ha sede nei padiglioni clinici del Grande Ospedale di S. Martino d'Albaro per gentile concessione dell'Amministrazione degli Ospedali Civili di Genova.

Ai frequentatori sarà rilasciata dichiarazione formale del tempo passato nella Scuola.

Indirizzarsi al direttore sen. Maragliano, Genova.

Corsi di perfezionamento a Parigi.

Numerosi corsi complementari e di perfezionamento sono organizzati presso la Facoltà di Medicina di Parigi.

Per i programmi, le condizioni e qualsiasi informazione rivolgersi al « Bureau des Relations Médicales avec l'Étranger, Salle Béclard, Faculté de Médecine », rue de l'École de Médecine, Paris. Le iscrizioni per corrispondenza non sono che provvisorie; l'iscrizione definitiva e il pagamento delle tasse si effettuano a Parigi, presso la Segreteria della Facoltà.

Informazioni sui Corsi di perfezionamento.

L'Accademia di Medicina di New York raccoglie tutte le informazioni relative ai corsi di perfezionamento per medici e studenti, allo scopo di fornirle agli interessati che le richiedono.

I direttori dei corsi sono pregati di volersi compiacere di far inviare le informazioni suddette (avvisi, programmi ecc.) direttamente alla segreteria dell'Accademia (The Secretary of the Academy of Medicine, Bureau of Clinical Information, 5th Ave, and 103rd Street, New York, S. U. d'A.).

La partecipazione degli studenti stranieri ai corsi delle Università italiane.

L'« Agenzia di Roma », alla chiusura dell'anno scolastico, ha fatto un breve bilancio della partecipazione di studenti stranieri ai corsi delle Università italiane, dal quale appare la crescente attrazione che anche nel campo degli studi l'Italia va esercitando verso le Nazioni straniere.

Gli studenti stranieri sono venuti anche lo scorso anno in prevalenza dai paesi dell'Europa orientale, e soprattutto dalla Polonia, Ungheria, Romania, Grecia ed Albania; e hanno frequentato di preferenza le Università di Padova, Pisa, Roma e Bari. Per lo scorso anno scolastico le borse di studio italiane conferite a studenti stranieri sono state 80, per un importo di circa 200 mila lire, così ripartite: Bulgaria 18, Jugoslavia 16, Romania 13, Grecia 12, Ungheria 1, Corsica 4, Polonia 4, Armenia 2, Siria 1, Palestina 1, Malta 1, Cecoslovacchia 1, Lituania 1, Germania 1.

Inoltre, 74 borse particolari di studio sono state corrisposte a studenti albanesi per università, scuole medie e primarie.

Nella Federazione Italiana Medici Sportivi.

L'Ufficio stampa del Comitato olimpico nazionale italiano comunica:

« S. E. Turati, commissario del C.O.N.I., ha chiamato a far parte del Comitato tecnico della Federazione italiana medici sportivi il dott. Fausto Angelucci di Roma quale rappresentante del Sindacato medici e il dott. Bragagnolo di Padova quale rappresentante dei gruppi universitari fascisti ».

Corsi per medici sportivi.

Mentre questo numero va in macchina, vengono inaugurati vari corsi per medici sportivi; ne daremo ulteriori notizie.

Scuola di puericultura a Bergamo.

Nella sua ultima adunanza presso la Federazione Provinciale dell'O. N. Maternità ed Infanzia, il benemerito Istituto Lattanti di Bergamo, in pieno accordo con la citata Federazione, con i Fasci Femminili e col locale Comitato della Croce Rossa, ha deciso l'istituzione di una scuola professionale « Governanti d'Infanzia ».

La scuola, divisa in due sezioni per allieve interne ed esterne, ha la durata di un anno per il conseguimento del diploma di « assistente sanitaria visitatrice d'igiene materna ed infantile » e di due anni per le allieve interne che aspirano ad ottenere il diploma professionale ed il titolo di « Governante d'Infanzia ».

Per gli edifizi universitari di Bologna.

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta dell'8 novembre, ha approvato la convenzione stipulata tra il Comune e la Provincia di Bologna ed altri Enti, per condurre a termine la sistemazione degli edifizi universitari. La spesa complessiva è preventivata in lire 58.150.000; lo Stato vi contribuisce con 30 milioni. Alle Cliniche universitarie ed al Policlinico di S. Orsola sono destinati 26 milioni.

Erigendo ospedale-sanatorio nel Trentino.

Il prof. on. Morelli, assieme all'ispettore generale della Sanità comm. dott. Ravasini ed a personalità della Cassa Naz. per le Assicurazioni Sociali, ha visitato le istituzioni sanitarie di Trento; in un'adunanza tenuta in Prefettura, alla presenza dei rappresentanti di tutti gli Enti ed Istituti provinciali antitubercolari, ha comunicato che la Cassa Nazionale costruirà quanto

prima un ospedale-sanatorio di 150 letti sulla collina di Mesiano sopra Trento, ove in un non lontano avvenire dovrebbero sorgere anche i padiglioni di un nuovo nosocomio completo.

Fondazione "Giannina Gaslini".

L'istituzione sorge per iniziativa del commendatore Gaslini e della moglie Lorenza in memoria della loro figliola. A tal'uopo i benemeriti coniugi erogarono la somma di 14 milioni. L'Istituto « Giannina Gaslini » sarà eretto a Quarto, nella villa Doria Lamba. Per l'esercizio dell'Istituto e la realizzazione dei fini che i fondatori si propongono sarà costituito un Consorzio cui parteciperà anche la Provincia.

Istituto cardiologico in Germania.

La signora Louise Kerckhoff di Los Angeles (California) ha donato 1.080.000 dollari (pari ad oltre 20 milioni di lire it.) al Municipio di Bad Nauheim, in Germania, allo scopo di fondare un Istituto per lo studio delle cardiopatie, in memoria del defunto marito della donatrice. Metà della somma sarà destinata a fondare delle borse di studio; l'altra metà per l'edifizio e per il funzionamento dell'Istituto, che comprenderà varie sezioni: patologia e terapia sperimentale, clinica (riservata ai pazienti delle assicurazioni sociali), statistica, propaganda; sarà diretto dal prof. Groedel.

Un Sanatorio per artisti di operetta in America.

La Società « National Vaudeville Artists » degli Stati Uniti ha fondato un sanatorio per i propri soci, sul Saranac Lake, presso New York; è costato 750.000 dollari, ossia 14 milioni di lire it. All'inaugurazione, avvenuta il 15 settembre, parteciparono molte stelle del varietà, giunte in treno speciale. Il sanatorio sarà diretto dal dott. Edgar Mayer.

L'illuminazione degli ospedali di Parigi.

Per evitare i gravissimi inconvenienti che derivano agli ospedali di Parigi dalle interruzioni della luce elettrica, sovratutto durante le operazioni chirurgiche, il prefetto di polizia ha deciso d'installare un impianto autonomo sussidiario, attraverso la prefettura; inoltre l' « Assistance Publique » ha ottenuto, dal Consiglio Comunale, l'autorizzazione d'installare degli impianti di fortuna nelle sale operatorie, nelle maternità e nelle sale di consultazione. Si provvederà, in tal modo, per 61 sale.

Il decimo anniversario di "Bruxelles-Médical".

È stato celebrato con particolare solennità il 15 novembre nei fastosi locali della « Fondation Universitaire ». Alla fine di un sontuoso banchetto, parlarono il redattore capo dott. Mayer, il presidente uscente dell'Associazione della Stampa Medica Belga, prof. De Nobele, e quello nuovo, dott. Delcourt; venne posto in rilievo il grande successo conseguito e si auspicò un ulteriore sviluppo della simpatica rivista.

Ai collaboratori è stata mandata un'artistica targa in bronzo.

Collocamenti a riposo.

Sono stati collocati a riposo, dal 1° novembre, per limiti d'età, i seguenti professori: Arnaldo Angelucci di clinica oculistica a Napoli; Alfonso Di Vestea d'igiene a Pisa; Pasquale Ferraro di anatomia patologica a Messina; Liborio Giuffrè di clinica medica a Palermo.

Onoranze al prof. Muscatello.

Il 25 gennaio 1930 si compirà il 30° anno di insegnamento universitario dell'illustre prof. G. Muscatello, Magnifico Rettore e Direttore della R. Clinica Chirurgica della R. Università di Catania, Deputato al Parlamento Nazionale.

Un Comitato promotore, costituitosi fra i colleghi di Facoltà, i Liberi Docenti già allievi e gli Assistenti della Clinica Chirurgica, ed al quale hanno aderito con grande slancio le più eminenti personalità delle Scienze e dell'Arte chirurgica, intende festeggiare con pubbliche onoranze la lieta ricorrenza.

Al Maestro, che da circa trent'anni è onore e vanto del vetusto Ateneo Catanese, di cui regge le sorti, al Chirurgo eminente che dell'esercizio della sua arte ha costantemente fatto un nobile sacerdozio in prò dell'umanità sofferente, all'Uomo che nella vita pubblica e privata raccoglie unanime consenso di stima e di affetto, sarà offerto un artistico Album, nel quale verranno ricordati i nomi degli aderenti alle Onoranze e di quelli che vorranno contribuire con le loro personali offerte alla fondazione di una Borsa di perfezionamento in Chirurgia presso la Clinica chirurgica della R. Università di Catania.

Il Comitato prega vivamente di volere fargli pervenire le adesioni, che potranno essere dirette al prof. F. A. Foderà, Preside della Facoltà Medica di Catania, presidente del Comitato esecutivo.

Onoranze al prof. Ferrari.

Al prof. Ambrogio Ferrari, che lascia dopo 42 anni, per raggiunti limiti di età, la cattedra di Clinica chirurgica della R. Università di Parma, sono state tributate il 21 ottobre solenni onoranze. La cerimonia si è svolta nell'Aula magna dell'Università con l'intervento delle Autorità cittadine, del Corpo Accademico, di professori e studenti, nonchè di numerosi cittadini. Hanno pronunciato nobili discorsi il Rettore prof. Pensa, i professori Camis e Giuliani e uno studente, ai quali ha risposto, commosso, il festeggiato. Gli sono stati offerti una medaglia d'oro ed un bellissimo volume di oltre 500 pagine a lui dedicato.

Il prof. Ambrogio Ferrari è nato a Fidenza, già Borgo S. Donnino Parmense, l'8 luglio 1854, ed ha tenuto con grande onore la cattedra, facendo numerosi allievi.

A lui succede, come abbiamo già annunziato, l'on. prof. Raffaele Paulucci, medaglia d'oro e vice-Presidente della Camera dei Deputati.

Una lapide alla memoria del sen. Mangiagalli.

Ad iniziativa dell'Associazione per lo sviluppo dell'Alta cultura è stata inaugurata a Milano una lapide in memoria del sen. Luigi Mangiagalli. La lapide è murata all'interno della casa di via Asole n. 4, dove l'illustre scienziato e filantropo dimorò per moltissimi anni.

Alla cerimonia, oltre al presidente dell'Associazione sen. conte Greppi e a diversi membri, convennero i senatori Baldo Rossi, Salmoiraghi, Cornaggia, Menozzi, Silvestri e Conti, nonchè gli ex assessori della Giunta Mangiagalli, mons. Galbiati, ecc., erano presenti l'ing. Mangiagalli e

l'avv. Locatelli nipoti dell'illustre scomparso. Il servizio d'onore era disimpegnato da una centuria di militi universitari. Scoperta la lapide, pronunciarono brevi parole i senatori Greppi e Rossi, entrambi per rivendicare i meriti dello scienziato a cui Milano deve fra altro l'Università. L'iscrizione sulla lapide, dettata dal sen. Greppi, dice: «In questa casa visse e morì il senatore Mangiagalli, Sindaco di Milano, clinico sommo, scienziato, filantropo illuminato, cittadino insigne a cui Milano deve l'Università. — L'Associazione per lo sviluppo dell'Alta coltura che lo ebbe suo fervido presidente».

Il Comitato de «I memori» ha appeso, sulla lapide, una corona di fiori col nastro tricolore.

La Croce Rossa per le infermiere cadute in servizio.

Nella chiesa di S. Maria delle Grazie in Milano è stata celebrata dal Padre Priore dei Domenicani una messa in suffragio di tutte le infermiere italiane della Croce Rossa, morte durante la guerra e dopo per ragioni di servizio. Il celebrante ha pure, con parole commosse, ricordato la fede, l'abnegazione e l'eroismo delle infermiere.

Vittima del dovere.

Il Governo francese ha citato all'ordine del giorno della Nazione il capitano medico Pierre-Emile Favre, delle truppe coloniali, in servizio nell'Africa equatoriale francese; la sua abnegazione, in cómpiti estremamente penosi, destò l'ammirazione generale; cadde il 1° agosto, tra i suoi malati, sotto il pugnale di uno di quegli indigeni, a favore dei quali egli spiegava giornalmente una dolcezza e una bontà inesauribili.

Bomba su di un Ospedale.

Un aeroplano, mandato a Canton da Nanchino, dopo aver eseguito un bombardamento sulle truppe del Kuang-si, stava tornando a Canton, quando accidentalmente una bomba si staccò e cadde su uno degli Ospedali principali, uccidendo sette ricoverati, ferendone tredici e danneggiando seriamente l'edificio.

Delitto per affetto.

Un ricco banchiere, John Barton, presidente della Banca Nazionale del Michigan, dopo avere speso una fortuna per cercare di guarire la figlia, paralitica fin dalla nascita, l'ha uccisa e si è ucciso a colpi di rivoltella, entro un'automobile che era stata condotta su di una strada remota, nelle vicinanze di Two Rivers, loro luogo di residenza.

Per il consumo del riso.

Il Ministero della Guerra ha disposto che la razione settimanale individuale del riso nell'Esercito venga elevata da 300 a 400 grammi.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha inviato a tutti i direttori e presidi delle scuole una circolare per promuovere il consumo del riso.

La giornata nazionale del miele.

La Sezione nazionale degli agricoltori, proseguendo nel suo programma di valorizzazione dell'apicoltura, ha stabilito di indire, d'accordo cogli Enti nazionali, una «giornata nazionale del miele», che certamente troverà modo di affermarsi.

GIOVANNI MINGAZZINI

È col cuore serrato che saluto dalle colonne di questo Giornale, dove Egli collaborò per oltre trenta anni, la memoria di quell'Uomo di grande sapere e d'infinita bontà che fu GIOVANNI MINGAZZINI. Con lui scompare una delle più belle e delle più eminenti figure della Neurologia contemporanea, il fondatore della Neurologia Italiana.

Egli conobbe gli ostacoli che si drizzano all'inizio di ogni carriera e l'ardente desiderio di superarli, ma anche le soddisfazioni profonde della ricerca e della scoperta scientifica.

La sua rinomanza come Maestro di Neurologia aveva per fondamento il valore reale dei suoi studi e la stima che gli professavano gli altri maestri in quella scienza in Italia e fuori.

Pochi uomini come Lui hanno segnato le linee di un programma, hanno mantenuto fermo il passo fino alla meta.

Egli visse per la scienza e per l'insegnamento: un insegnamento tutto suo particolare, che richiamava ogni anno nella sua Aula una vera folla di uditori, accalcantisi dapertutto pur di ascoltare la parola del Maestro.

Per più di trenta anni ha profuso dalla Cattedra il tesoro della sua cultura e della sua esperienza, avvincendo, con la sua particolare oratoria, gli animi degli uditori. Fu insegnante appassionato, di efficacia senza pari, che dal contatto coi giovani traeva nuovo vigore per il suo pensiero che non conobbe mai stanchezza.

Non recitò a lezione le teorie apprese sui libri, ma con parola semplice, con minuta esattezza, senza pedanteria, raccoglieva dinanzi agli allievi i dati obbiettivi, li analizzava, e con abilità e chiarezza sorprendenti, seguendo un metodo rigoroso, giungeva alla diagnosi: con arte poi insuperabile, dettava la terapia.

Aveva tutta la pazienza e la minuzia necessarie per discernere i dettagli e penetrare in fondo alle quistioni. Nello studio di una osservazione clinica o nella descrizione di un reperto d'autopsia non trascurava mai di porre in rilievo tutti gli elementi, senza preoccuparsi della loro utilità futura.

Era fornito di una memoria prodigiosa che gli permetteva di fissare definitivamente nel suo ricordo gli aspetti delle formazioni anatomiche dei centri nervosi, di seguirne lo sviluppo sui tagli seriali e di ricostruirne la sede e i rapporti reali, per riprodurli poi in schemi di una precisione meravigliosa.

Aveva il dono della rappresentazione iconografica e schematica, che per lui rispondeva all'espressione sintetica; ma la schematizzazione, lungi dal precedere l'analisi dei fatti, appariva come la conclusione d'un lavoro compiuto.

Il suo nome era conosciuto all'Estero come uno dei maggiori esponenti della cultura italiana. Egli era membro ordinario e corrispondente delle più insigni Accademie del mondo: da ultimo anche l'Accademia di Leningrado lo aveva acclamato fra i suoi componenti.

Conservò intatta fino agli ultimi giorni la formidabile attività e capacità di lavoro che sempre lo distinse, nè mai cessò di coltivare la sua mente avida di sapere, per cui Egli fu sempre all'avanguardia della sua specialità.

Nato ad Ancona nel 1859 e laureato a Roma, Giovanni Mingazzini appartenne alla famiglia medica ospedaliera, dapprima come Assistente poi come Aiuto. Sotto la guida di Primarî di grandissimo valore si addestrò innanzi tutto nell'esercizio della medicina, in omaggio al canone che non si può essere Neuropatologo nè Psichiatra senza essere medico.

Aiuto nella Scuola di Anatomia del prof. Todaro si formò, sotto la severa guida di questo Maestro, una salda cultura anatomica. Ma fu sopratutto l'Anatomia del Sistema nervoso che lo attrasse e che di poi lo sorresse nell'arduo compito della diagnosi.

Libero docente di Anatomia Normale nel 1889, di Neuropatologia e di Psichiatria nel 1893, fu dall'unanime consenso della Facoltà di Medicina chiamato a dirigere nel 1895 la Scuola di Neuropatologia. Nel 1921, in seguito alla morte di Augusto Tamburini, fu assunto alla direzione della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali.

Nominato Anatomopatologo e poi Direttore del soppresso Manicomio di S. Maria della Pietà, Giovanni Mingazzini riuscì poco per volta, con tenacia e fede incrollabili, superando difficoltà che sembravano insormontabili, a creare un Laboratorio anatomopatologico, così ben dotato di mezzi di indagine e così ricco di preparati istologici e di tagli seriali dell'encefalo, da suscitare l'ammirazione dei più illustri neuropatologi e psichiatri italiani e stranieri che ebbero la fortuna di visitarlo.

Più che 300 sono le memorie scientifiche pubblicate dagli allievi sotto la guida di Giovanni Mingazzini e più che 200 sono quelle pubblicate da lui stesso.

Non vi è quasi campo dell'anatomia dei centri nervosi e della neuropatologia ove Egli non abbia apportato il suo contributo personale.

È qui impossibile non solo analizzare, ma neppure semplicemente elencare la vasta produzione del Maestro.

Egli fu il primo a studiare la fine struttura del *nucleus arciformis* e le sue connessioni con le *fibrae arciformes externae*. Descrisse il decorso delle fibre dei *pedunculi cerebelli* e specialmente di quelle del *pedunculus medius cerebelli* e del *corpus restiforme*, dimostrando l'esistenza di fibre cerebello-ponto-cerebellari.

Dedicò molti anni della sua feconda attività allo studio delle funzioni del *nucleus lentiformis* e delle afasie. Stabilì sopra basi indistruttibili la sindrome putaminale acuta (*emiparesi lenticolare* del Mingazzini) e, sulla scorta di numerosi tagli seriali praticati dalla punta del *lentiformis* fino al *Pons*, riuscì a provare che le emiparesi consecutive a lesioni di detto nucleo non sono sempre dovute a compartecipazione delle fibre motrici della capsula interna, ma a distruzione entro il lenticolare di fibre motrici supplementari, che si associano alle vie piramidali o si portano, lungo il *fasciculus rubrospinalis*, alle corna anteriori.

Potè dimostrare che dalla regione di Broca si staccano radiazioni midollari (vie fasicomotorie) le quali a sinistra, percorrendo il centro ovale sottostante, si concentrano immediatamente nell'estremità frontale del *lenticularis* omolaterale, mentre quelle provenienti dalla regione destra di Broca decorrono trasversalmente lungo il terzo anteriore della *Trave*, per poi riunirsi con le precedenti nella regione *prae-supralenticularis*. In questa zona che Henschen ha recentemente denominata *zona* o *campo di Mingazzini* (*Mingazzinisches Feld* o *Punkt*) le fibre fasico-motorie (neofiletiche) di destra e di sinistra si pongono in rapporto con un secondo fascio di fibre (vie verbo-articolari) originanti dalla estremità anteriore del *putamen*. Queste ultime non sarebbero, come le prime, depositarie delle immagini motorie delle parole, ma avrebbero la funzione di trasportare ai nuclei bulbari l'impulso motorio corrispondente alla immagine verbale ricevuta dalle fibre motorio-fasiche.

Con valida e ricca copia di argomenti sostenne la dottrina, confermata di poi anche dall'Henschen, che fino ad un certo periodo della fanciullezza la funzione del linguaggio è comune ai due emisferi, e che solo più tardi a poco a poco viene sottratta dall'emisfero destro per concentrarsi in quello sinistro, in modo, cioè, che la regione destra di Broca vada perdendo le sue connessioni funzionali (non anatomiche) coll'area verbo-acustica di sinistra, rimanendo soltanto in comunicazione mediante le sopraaccennate fibre trabeali con l'estremo anteriore del *putamen* sinistro.

Sempre sulla guida dei reperti anatomopatologici, dimostrò che la distruzione bilaterale dell'area verbo-acustica non solo produce afasia sensoriale completa, ma limita notevolmente anche il linguaggio parlato, così da non permettere al paziente che l'emissione di numerose monosilla-

be e di qualche parola bi- o trisillaba a carattere parafasico. Da questo fatto il MINGAZZINI arguì che nella zona di Broca debbano essere registrati i ricordi (engrammi) delle immagini motorie, non già delle parole, ma delle sillabe: essa è deputata a disporle e a ordinarle in serie determinate, a seconda che gli venga comandato dalle immagini (verbali) provenienti dall'area verbo-acustica.

Ma la meravigliosa attività del MINGAZZINI non si arresta allo studio delle afasie: prosegue poderosa anche in altri campi. Va segnalato sopratutto il contributo che Egli apportò alla dottrina dei tumori dell'encefalo: si può anzi dire che non vi è regione di quest'organo affetta da neoplasma che non sia stata da lui presa in esame. Con ampio corredo di osservazioni, ricchezza di sintomatologia e precisione di dettagli, MINGAZZINI pose quelle che Egli chiamò le *prime basi* per la discriminazione clinica dei tumori delle varie zone del lobo temporale.

Approfondì la fisiopatologia del *cerebellum*, e ne trasse la conclusione che quest'organo deve considerarsi come un grande apparato sensomotorio destinato ad agire tanto come accumulatore di forza, quanto come regolatore della sinergia dei movimenti. Assolse l'arduo compito di classificare in modo esauriente le molteplici lesioni croniche che colpiscono il cervelletto, riscuotendo l'unanime consenso degli autori.

Riuscì, dopo una serie di lunghe e pazienti ricerche sulla via del *nervus hypoglossus* praticate nelle scimmie, a determinare con meravigliosa esattezza i punti in cui decorre la via del XII paio, i gruppi cellulari da cui origina, la parte che essa prende alla innervazione delle *chordae* e del velopendolo.

Fra le tante sue opere ve n'è poi una di carattere squisitamente personale, espressione purissima dell'indirizzo anatomo-clinico del Maestro, cioè il *Trattato di Anatomia Clinica dei Centri Nervosi*, conosciutissimo in Italia e all'Estero, che ha già avuto l'onore di due edizioni, e che avrebbe avuto presto anche quello di una terza, se il fato non fosse intervenuto. Difficilmente si può trovare in questo campo un altro libro, che per originalità e profondità di contenuto come per chiarezza di esposizione, possa essere contrapposto a quello del Maestro.

È di pochi anni fa il suo lavoro sul *Callosum*, dove raccolse tutto il dottrinale (anatomico, fisiologico e clinico) di questa importante via commessurale dell'encefalo, accrescendolo di un prezioso contributo personale.

Ma troppo oltre andrei se volessi ancora continuare nella enumerazione degli argomenti nei quali Egli lasciò la forte impronta del suo intelletto. Non posso, però, fare a meno dal ricordare che GIOVANNI MINGAZZINI fu uno dei più fervidi sostenitori della utilità della malariaterapia nella paralisi progressiva e il primo tra gli scienziati italiani ad introdurre e ad applicare tale metodo nelle nostre Cliniche.

Qualche anno fa, pieno ancora di vigore, Egli aveva fatto ritorno ad Amburgo per studiare in quel Manicomio, ricco di una rara collezione di cervelli di antropoidi, le varietà morfologiche della solcatura degli emisferi cerebrali, e negli ultimi mesi, con giovanile entusiasmo, aveva quasi mandato a termine l'opera sui *Tumori dell'encefalo*, cui aveva chiamato a collaborare anche noi suoi Allievi.

Egli è partito senza aver visto venire la morte: è caduto sul campo di battaglia intellettuale lasciando in chi lo conobbe, e quindi lo amò, un ricordo incancellabile e all'Italia un esempio e una gloria. Noi stentiamo a credere che quest'Uomo, da cui emanava tanta fiamma ardente di volontà tenace e di indomabile energia, sia scomparso per sempre e che non udremo più la sua parola ammaestratrice e incitatrice.

È la vecchia grande scuola che finisce!

Egli riposa ora l'ultimo sonno:

Labor et gloria vita fuit, mors requies.

G. FUMAROLA.

È morto a Palermo il prof. LUIGI PHILIPPSON, direttore della Clinica dermosifilopatica di quella Università. Era nato a Lubecca (Germania) nel 1862; aveva studiato e si era laureato a Lipsia; si era perfezionato nel « Dermatologicum » di Unna ad Amburgo. Chiamato dal prof. Tommasoli nel 1893 al posto di primo assistente nella R. Clinica dermosifilopatica di Palermo, coprì il posto per dieci anni con dignità ed impegno, facendosi notare ed apprezzare per l'importanza dei suoi studi, fra cui quelli relativi all'istologia ed alla patogenesi del lupus ed alle embolie e metastasi cutanee.

Morto il Tommasoli, nel 1903, due anni dopo il Philippson gli succedeva e da allora occupò ininterrottamente il posto, assodando la sua fama di perizia, conscienziosità e abnegazione. Compì e diresse interessanti studi sulla reazione di Wassermann e sulla cura radicale della sifilide. Volse il suo insegnamento prevalentemente alla pratica.

Nazionalizzatosi italiano, amò sinceramente la patria d'elezione, la servì con affetto di figlio. Durante la guerra prestò servizio come t. colonnello, nella Territoriale.

La sua perdita è vivamente sentita.

Si è spento a Milano il dott. GUIDO PEDRAZZOLI, capo divisione a riposo del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato, libero docente in oftalmologia e clinica oculistica.

Egli ha lasciato mezzo milione per beneficenza, allo scopo di mantenere dei giovani nelle scuole agricole e industriali.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 31 ag. — D. GIORDANO. Della semplicità nell'operare. — A. BONANNO. Anemia di Biermer associata a sindrome di sclerosi midollare.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 sett. — M. NEVILLE ANDREWS. Il « Trichomonas vaginalis » in Inghilterra.

Radiol. Med., sett. — A. BONACCORSI. Comportamento degli org. diger. nelle splenomegalie. — O. SOSSI. Diagnostica radiologica degli apici polmonari.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., ag. — V. PETTINARI. Ernia inguinale bilaterale d'utero doppio.

Riv. Ital. di Ginec., sett. — A. PASQUINI. Brivido puerperale e anafilassi. — A. MARTINOLLI. Correlazioni fra ipofisi irradiata e org. genit. femm.

Chir. degli Org. di Movim., lug. — V. PUTTI. Diagnosi e cura precoci della lussaz. congen. dell'anca. — P. PIERACCINI. Lussaz. centrale del femore. — G. M. ANTONIOLI. Innesti omoplastici di callo osseo nello scheletro.

Ann. di Ottalmol. e Cl. ocul., giu.-lug. — MARINONI. Oftalmoreazione nelle affezioni della congiuntiva. — TESSIER. Congiuntiviti pseudomembranose.

Paris Méd., 31 ag. — A.-F.-X. HENRY. Siero-interferometria di Hirsch.

Presse Méd., 31 ag. — G. MÉTIVET. Diagnosi e trattam. dell'appendice acuta. — G. M. FASIANI e G. OSSELLADORE. Tentativo di riproduz. sperimentale dei noduli di Gamna.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 1 sett. — U. RONDELLI. Fattori ereditarii. — R. MASSIONE. Istamina e secrezione pancreatica.

Journal A. M. A., 24 ag. — P. BROOKE e L. GOLDSTEIN. Anemia della gravid. — B. GOLDBERG. Impiego e limitazioni dei sanatori per la tubercolosi. — S. M. JORDAN e E. D. KIEFFER. Colon irritabile.

Münch. Med. Woch., 6 sett. — KÄMMERER. Significato clinico dell'immunità antitubercolare. — SCHNIEDER. Virulenza del B. C. G. — WUCHTEL. Vitaminizzazione del latte mediante somministrazione di lieviti.

Presse Méd., 27 lug. — J. DEMOOR. Regolazioni umorali del cuore. — E. GÉRAUDEL. Insufficienza mitralica funzionale.

Deut. Med. Woch., 6 sett. — HOLTHUSEN. Stato attuale dell'irradioterapia del carcinoma. — MOSLER. Valore clinico dell'elettrocardiogramma.

Mediz. Welt, 7 sett. — H. A. GINS. Complicazioni cerebrali durante la vaccinazione.

Prensa Méd. Argent., 10 ag. — C. BONORINO UDAONDO. Crisi solari tabetiformi nelle ulcere gastro-duodenali.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 7 sett. — E. MONDIO. Fosforo inorganico del sangue negli epilettici.

Arch. di Antrop. Crimin. ecc., mag.-giu. — A. ANTONINI. Intossicaz. acuta da vapori nitrosi. — G. GIARRUSSO. Valutazione infortunistica di craniolesi.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifilol., ag. — G. BERTACCINI. Processi deidrogenativi nella cute irradiata con U. V. — M. ARTOM. L'acrodinia infantile.

Giorn. Med. dell'Osped. Civ. di Venezia, ag. — S. G. GIARDINO. Episodi appendicolari all'inizio e nel corso della febbre tifoide.

Paris Méd., 7 sett. — Numero di oftalmol., oto-rino-laringol. e stomatol.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXVI (*Sezione Pratica*).

Il fasc. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXXVII uscirà il 6 gennaio 1930.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**